



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Joana do Nascimento Miranda

## **Estágio Clínico em Saúde da Mulher**

### **Relatório Sobre Pré e Pós Parto**

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
Ramo de Especialidade em Saúde da Mulher**

**Orientador:** Mestre Maria de Fátima Batista Sancho

Julho, 2013



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Joana do Nascimento Miranda

## **Estágio Clínico em Saúde da Mulher**

### **Relatório Sobre Pré e Pós Parto**

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Fisioterapia,  
Ramo de Especialidade em Saúde da Mulher**

**Orientador:** Mestre Maria de Fátima Batista Sancho

**Júri:**

**Presidente:** *Professora Doutora Maria Manuela Serra Carvalho Pereira Alves Ferreira*  
Professora Coordenadora do Departamento de Terapia Ocupacional da Escola Superior de  
Saúde do Alcoitão

**Vogais:** *Professora Doutora Sónia Cristina da Silva Vicente Cascão Bárcia*  
Professora Adjunta da Universidade Atlântica  
*Mestre Maria de Fátima Batista Sancho*  
Professora Adjunta Convidada, com o título de especialista, da Escola Superior de Saúde  
do Alcoitão

Julho, 2013





## Resumo

O presente trabalho consiste num relatório do desempenho da prática clínica durante estágio académico de responsabilidade profissional, desenvolvido na Clínica R'equilibri\_us no período de Novembro a Março de 2012, sob tutoria da Fisioterapeuta Fátima Sancho.

Durante este período foi colocado em prática um contrato de aprendizagem previamente definido entre aluno, escola e tutor.

Para além da descrição do desenvolvimento de competências para o exercício autónomo da profissão e de uma prática baseada na evidência, o relatório traça uma reflexão estruturada da prática efetuada, através da apresentação de um estudo de caso efetuado numa classe de fisioterapia no pós parto, descrição de abordagens utilizadas para intervenção em 3 utentes (2 pós parto, uma durante a gravidez), análise crítica de três artigos e de literatura que fundamente as opções de intervenção.

Após a criação de um plano de desenvolvimento pessoal e profissional, procedeu-se à respetiva avaliação. Este relatório descreve a caracterização da unidade de estágio e reflexão sobre o papel do fisioterapeuta na especialidade e no local de estágio em função da melhor evidência; assim como perspetiva e propõe oportunidades e dificuldades para o desenvolvimento pessoal e profissional

## Abstract

This paper is a report of clinical performance during the academic stage of professional responsibility, developed at R'equilibri\_us Clinic from November to March 2012, under the mentorship of Physical therapist Fatima Sancho.

During this period, a learning contract was previously defined between student, school and tutor. In addition to describing the development of skills for the independent exercise of the profession and an evidence-based practice, the report provides a structured reflection of practice by presenting a case study carried out in a class of physical therapy in postpartum, a description of the approaches used for intervention in three users (two postpartum and one during pregnancy), the critical analysis of three articles and the literature which supports the options of the interventions.

After creating a plan for personal and professional development and relevant technical assessment, this report has allowed the characterization and reflection on the role of the physiotherapist in the specialty and on-site training on the basis of best evidence, as well as perspective and suggests difficulties and opportunities for personal and professional development.

# ÍNDICE

## PARTE I – DESEMPENHO EM ESTÁGIO

1. Introdução	
1.1 Introdução do trabalho a apresentar .....	6
1.2 Objetivos do estágio .....	7
1.3 Apresentação dos objetivos do relatório .....	8
2.Plano de desenvolvimento profissional e pessoal	
2.1 Análise SWOT do próprio .....	9
2.2 Contrato de aprendizagem inicial.....	10
2.3 Reavaliações do contrato .....	16
2.4 Apresentação dos <i>feedbacks</i> obtidos .....	17
2.5 Reflexão final do processo .....	18
3. Caracterização da unidade de estágio	
3.1 Contextualização do posicionamento da unidade no Plano Nacional de Saúde .....	19
3.2 Descrição do local .....	19
3.3 Análise SWOT do local .....	21
4.Caracterização dos utentes e da intervenção	
4.1 Necessidades de saúde .....	22
4.2 Descrição do papel do fisioterapeuta .....	26
4.2.1 Integração da fisioterapia na especialidade de saúde da mulher .....	26
4.2.2 Integração da fisioterapia na especialidade em Portugal .....	27
4.2.3 Preparação para o nascimento .....	27
4.2.4 Descrição do papel do fisioterapeuta no local.....	31
4.3 Registo 3 utentes	
• Quervains pós parto .....	34
• Status pós parto .....	38
• Síndrome túnel cárpico.....	42

4.4	Apresentação de 3 CAT	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “An exercise and education Program improves well-being of new mothers”.....</li> </ul>	46
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy?”A randomized controlled trial.....</li> </ul>	49
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a pilates exercise program for improving pelvic muscle strength”.....</li> </ul>	53
4.5	Análise crítica da intervenção no local .....	55
5.	Projeto de implementação de melhoria do local de prática .....	64
6.	Conclusão.....	65
7.	Bibliografia.....	67
8.	Apêndices e anexos .....	76
<b>PARTE II – ESTUDO DE CASO</b>		
1.	Introdução.....	92
2.	Descrição do caso .....	101
3.	Exame /recolha de dados.....	102
4.	Plano de intervenção.....	112
5.	Conclusão.....	120
6.	Bibliografia.....	121
7.	Apêndices /Anexos.....	127
<b>PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>		
1.	Relação entre as duas partes do relatório.....	143
2.	Ganhos pessoais.....	143
3.	Limitações pessoais.....	144
4.	Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal.....	144
5.	Propostas futuras de desenvolvimento da profissão.....	145
PARTE IV – PARECER FINAL DO TUTOR.....		146
PARTE V - CURRICULUM VITAE DO ALUNO.....		147
PARTE VI – DECLARAÇÃO DA ENTIDADE ONDE DESENVOLVEU O ESTÁGIO....		156

## 1. Introdução

### 1.1. Introdução do trabalho a apresentar

Desenvolver um estágio como Mestre deverá ser uma oportunidade de aprofundar o conhecimento e a compreensão, no âmbito da intervenção específica da fisioterapia em clínica ou na comunidade. Deverá permitir o desenvolvimento de competências para o exercício autónomo da profissão, assim como o desenvolvimento da profissão, respeitando a implementação de prática baseada na evidência.

O relatório de estágio pretende ser uma descrição da prática clínica no período de estágio, assim como uma crítica à aprendizagem efetuada pelo estagiário e na sua abordagem, centrada nas necessidades do utente/populações específicas. Requer também um compromisso com os valores da profissão e com o desenvolvimento profissional e aprendizagem ao longo deste período de prática tutelada, numa área específica de intervenção da fisioterapia. O relatório demonstrará o aprofundar do conhecimento em áreas centrais para a compreensão dos problemas de saúde e incapacidade funcional associada, assumindo o exercício da fisioterapia com grau de *expertise*, como instrumento central na promoção da capacidade funcional e participação social de indivíduos/populações.

Enquanto Mestranda as competências a adquirir são:

- a) Competências de investigação, análise crítica da literatura e avaliação da efetividade, no contexto específico da saúde da mulher;
- b) Capacidade para colaborar de forma efetiva com os outros (utentes e restante equipa multidisciplinar), como participante, líder ou consultor, motivando-os e sabendo lidar com as diferentes situações de tratamento, educação, promoção ou prevenção;
- c) Capacidade de autoavaliação, considerando o impacto dos fatores políticos e socioeconómicos na prestação dos cuidados de saúde, e a efetividade da sua prestação;
- d) Capacidade para compreender, avaliar e contribuir para o desenvolvimento do desempenho dos serviços prestados aos utentes/populações e dos mecanismos que asseguram a manutenção e desenvolvimento da qualidade;
- e) Capacidade para refletir sobre a prática e sobre a profissão de forma a identificar objetivos pessoais e profissionais para o desenvolvimento profissional contínuo integrando o conhecimento e competências adquiridas com a experiência anterior;
- f) Capacidade para formular novas questões, selecionar, planear e implementar estratégias de investigação, rever resultados de forma sistematizada e divulgá-los adequadamente.



No contexto da 2.<sup>a</sup> edição do mestrado em Saúde da Mulher a frequentar em 2010-2012, de acordo com o Dec. Lei nº 107/2008 de 25 de Junho, no início do ano letivo foi efetuada a opção de desenvolver um estágio académico com responsabilidades profissionais, bem como a construção do respetivo relatório para discussão pública.

Quanto à tipologia de estágio, foi aceite a proposta efetuada pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão, desenvolvendo um estágio na área do pré e pós parto, com intervenção em classes. O local de estágio proposto foi o Gabinete de Fisioterapia R'equilibri\_us, e a Fisioterapeuta Fátima Sancho, como tutora da área específica do ramo de mestrado e de estágio.

## 1.2 Objetivos do estágio

No decorrer deste estágio cumpriu-se com 156 horas de estágio com utentes na área do ramo de especialização, no Gabinete de Fisioterapia R'equilibri\_us onde decorrem bissemanalmente sessões de preparação para o nascimento e de pós parto, ministradas pela tutora Fátima Sancho (local de contexto real onde poderia intervir diretamente com utentes).

Numa fase inicial procedeu-se ao registo, monitorização e reavaliação da intervenção de forma a estimular discussão com o tutor ao longo do estágio e o desenvolvimento de meios para obtenção de feedback, para além de permitir propor e implementar melhorias de constante crescimento profissional.

Dentro da área específica da fisioterapia no pré e pós parto, um dos objetivos neste estágio foi o de desenvolver competências que só se adquirem com contacto (de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo e de acordo com o perfil para o ramo de especialização) durante a intervenção nesta população específica (mães, bebés, familiares e outros profissionais intervenientes nesta fase) nos dois períodos pré e pós parto.

Aprofundar, pôr em prática e potenciar conhecimentos teóricos adquiridos durante o primeiro período curricular do mestrado, foi também uma meta a atingir.

Aplicar o processo da fisioterapia junto de utentes, desenvolvendo um método de tomadas de decisão baseado na evidência existente e refletir sobre as ações desenvolvidas a nível social e ético com o apoio do tutor permitiu cumprir com a aquisição de competências definidas previamente no contrato de aprendizagem.

Pretendeu-se um crescimento pessoal e profissional, tutorado e orientado para uma especialização nesta área. Esta aprendizagem pressupôs um estudo individual, investigação, discussão com pares, discussão com tutora assim como uma prática clínica o mais aproximada da considerada ideal, baseada na evidência.

### 1.3 Apresentação dos objetivos do relatório

O objetivo do relatório é o de descrever o desempenho em estágio, cumprindo com as normas estabelecidas pela escola e com as recomendações dos tutores, ao longo do decorrer do estágio. A construção deste relatório para além de permitir efetuar o registo do trabalho desenvolvido, pretende promover uma reflexão mais estruturada sobre a prática da fisioterapia.

Durante este relatório é feita a caracterização da unidade de estágio, o plano de desenvolvimento profissional e pessoal, a caracterização do local e o plano de intervenção efetuado junto dos utentes, assim como, um projeto de implementação de melhoria do local da prática, durante o período de estágio. Parte integrante deste relatório consiste na apresentação de um estudo de caso de uma classe em pós parto, caracterização de três utentes da área da especialidade e análise crítica de literatura para fundamentação da intervenção.

Um dos objetivos do relatório contempla ainda a análise crítica de três artigos.

## 2. Plano de desenvolvimento pessoal e profissional

### 2.1 Análise SWOT do próprio

---

#### Análise SWOT do próprio

##### **Internas**

(atributos do próprio)

##### *Forças*

- Gosto pessoal pela área da fisioterapia na saúde materno infantil.
- Experiência pessoal enquanto mãe /fisioterapeuta/utente.
- Facilidade em criar relação de empatia com esta população e interesse e disponibilidade em colaborar.
- Gosto pela atualização de conhecimentos, e investimento em formação.

##### *Fraquezas*

- Sobrecarga de tarefas, que limitam a disponibilidade de tempo para estudo, investigação, desenvolvimento e implementação de projetos nesta área.
- Pouca experiência na área.
- Informação para abordar determinados temas.
- Pouca formação especializada.

---

##### **Externas**

(atributos da ambiente)

##### *Oportunidades*

- Possibilidade de reflexão acerca da prática através da preparação e construção deste relatório, assim através do feedback dado pela tutora.
- Inexistência de prestação de fisioterapia respeitando os padrões da prática possibilitaram desenvolver projetos nesta área (local trabalho).
- Os contactos que foram feitos durante mestrado e estágio com experts na área abriram portas para o diálogo e acesso a informação de forma privilegiada (entre colegas, professores, tutores).
- Passagem pela realidade académica permitiu uma reflexão idealista e teórica das diferentes abordagens na área associadas à evidência clínica.

##### *Ameaças*

- Existência de outros profissionais sem formação que desprestigiam a importância do acompanhamento no pós parto.
  - Pouca divulgação da intervenção da fisioterapia junto de profissionais (médicos obstetra e ginecologistas) que possam reconhecer um bom acompanhamento para os seus utentes, e efetuar o respetivo encaminhamento.
-

## 2.2 Contrato de aprendizagem inicial

### Parte 1 – Apresentação das competências a adquirir, definidas pela Instituição de Ensino:

- Gerir e transformar o contexto de trabalho numa abordagem estratégica;
- Assumir responsabilidade na contribuição para o desenvolvimento do conhecimento e competências profissionais, e/ou para a revisão estratégica do desempenho de equipas;
- Reconhecer e assumir responsabilidade no seu próprio processo de aprendizagem e na identificação de necessidade para futuro desenvolvimento;
- Avaliar e refletir criticamente e no conhecimento pessoal e/ou conhecimento da profissão e propor aspetos de melhoria;
- Formular questões de pesquisa ou aspetos de melhoria e/ou investigação na sua área de especialidade;
- Realizar pesquisa sistemática de fontes de evidência e selecionar criticamente a informação disponível, de acordo com o contexto da prática;
- Implementar uma prática baseada na melhor evidência disponível;
- Dar um contributo de reflexão crítica à sua área de especialidade, através de um relatório inovador ou de um projeto de investigação;
- Comunicar e discutir criticamente o seu próprio trabalho (de investigação e/ou de prática clínica) de forma escrita e verbal;
- Melhorar o seu raciocínio clínico;
- Tomar decisões mais fundamentadas,
- Melhorar os seus *skills* manuais;
- Implementar um serviço de qualidade elevada;
- Aumentar as competências de uma prática baseada na evidência e desenvolvimento da mesma;
- Aprofundamento das competências na prescrição do exercício, no contexto da grávida, pós-parto e incontinência urinária;
- Melhor compreensão do mecanismo de gravidez e parto, e fatores de influência;
- Aprofundamento dos mecanismos de análise biomecânica do movimento na grávida;
- Desenvolvimento de *expertise* na intervenção em:
  - a. Preparação para o parto
  - b. Cuidados pós-parto
  - c. Reeducação para a incontinência urinária
  - d. Cuidados ao recém-nascido

e. Condições cirúrgicas na mulher

- Análise dos modelos de intervenção internacionais
- Gerar ideias através da análise dos conceitos a nível abstrato, com o domínio de competências especializadas e da formulação de respostas a problemas bem definidos e abstratos;
- Analisar e avaliar informação;
- Emitir juízos relevantes numa ampla gama de funções aceitar responsabilidade pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos.
- Rever criticamente, consolidar e aumentar um corpo sistemático e coerente de conhecimento, usando transversalmente competências especializadas numa área de estudo;
- Avaliar criticamente novos conceitos e a evidência de uma amplitude de fontes; transferir e aplicar competências de diagnóstico e criatividade ajuizando de forma relevante numa gama de situações, aceitar responsabilidade pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos;
- Compreender aprofundadamente das ciências biológicas, físicas e comportamentais que suportam a Fisioterapia;
- Desenvolver capacidade para usar o conhecimento aprofundado e compreensão em contextos de intervenção específicos;
- Analisar e avaliar criticamente a evidência e a sua aplicabilidade prática;
- Desenvolver e dirigir programas de intervenção para populações com necessidades de saúde específicas;
- Contribuir para a análise e desenvolvimento do corpo de conhecimento, usando transversalmente competências especializadas numa área de estudo;
- Contribuir para o desenvolvimento da Fisioterapia através da criação/ implementação/ divulgação de novo conhecimento e novas práticas;
- Fazer planeamento e gestão de recursos inerentes aos serviços de Fisioterapia e contribuir para as políticas de desenvolvimento da organização.

Parte 2 – Apresentação das Competências a adquirir, definidas pelo tutor:

- a) Domínio das capacidades de avaliação tanto em grupo como individual que permitam a adaptação e/ou criação de métodos/ técnicas seguras e eficientes, no contexto de novos conceitos e evidência.

- b) Utilização da informação recolhida a partir do processo de avaliação que deverá ser suficientemente desenvolvido para gerar ideias na abordagem junto do casal, mulher grávida e bebé.
- c) Desenvolver estratégias de dinamização de grupos especificamente de casais, avós e mães e mães e bebés, na área de preparação para o nascimento e pós parto.
- d) Capacidade de consolidação e melhoria do corpo do conhecimento no que respeita a seleção e a avaliação das intervenções terapêuticas tanto na área de preparação para o parto como pós parto e incontinência urinária.
- e) Reflexão e capacidade de participação no processo de aprendizagem, de modo a identificar objetivos pessoais e profissionais a serem atingidos através da discussão sobre a avaliação efetuada, abordagem proposta e resultados esperados.
- f) Domínio das competências interpessoais de forma a permitir aceitar a responsabilidade pela definição e pelo atingir os resultados quer individuais quer de grupo.
- g) Dinamização de ações de divulgação/informação no âmbito da promoção da saúde da mulher em instituições públicas, revistas/jornais e outros eventos.
- h) Elaboração de material de apoio pertinente.

### Parte 3 – Diagnóstico das Necessidades de Aprendizagem, definidas pelo aluno:

Revisão de conceitos teóricos importantes como anatomia, fisiologia, fisiopatologia e procedimento envolvidos na abordagem médica em obstetrícia.

- Rever os padrões de prática da APF
- Registar de forma sistemática, organizada e objetiva todo o processo da fisioterapia.
- Demonstrar capacidade de gerir adequadamente o tempo, espaço e materiais de acordo com as possibilidades dos utentes e restante equipa.
- Desenvolver capacidades de comunicação e envolvimento do utente nas diferentes temáticas.
- Encontrar qual o papel dentro da equipa, adaptação ao modo de funcionamento da clínica.
- Descrever os processos clínicos dos utentes à luz da CIF.
- Sistematizar a recolha de informação através da anamnese de modo não ter lacunas de informação.
- Melhorar a recolha de dados através da avaliação objetiva otimizando o raciocínio clínico no processo de tomada de decisão na intervenção.
- Formular objetivos SMART em conjunto com a utente, existindo uma hierarquização destes.

- Planear um programa de intervenção adequado às necessidades do utente; compreendendo, questionando e descrevendo quais os princípios básicos em que se baseiam o plano de intervenção, levando a uma adaptação constante ao utente.
- Avaliar a efetividade da intervenção (reavaliar no início e final da sessão), modificando-a sempre que necessário percebendo o que correu mal, estando sempre atento ao feedback do utente e realizando um registo SOAP.
- Adquirir *skills* manuais a nível da intervenção de modo a melhorar a efetividade do tratamento.
- Criar uma relação terapeuta-utente eficaz de modo a potenciar a intervenção.
- Explorar as diferentes abordagens existentes de intervenção nestas populações específicas, percebendo, discutindo e otimizando todas as suas potencialidades no processo de envolvimento das utentes.
- Explorar técnicas não lecionadas no curso base como hipopressiva, massagem do períneo, *trigger points*.
- Adquirir capacidade de adaptação, dando uma resposta rápida e eficaz, a situações ou momentos inesperados no meio onde decorre a intervenção, otimizando os recursos e tempo disponível.

#### Parte 4 – Definição dos objetivos de aprendizagem, pelo aluno:

- Rever conteúdos importantes para o processo da fisioterapia em utentes grávidas e meio envolvente, de forma holística, ao longo de todo o estágio.
- Sistematizar o processo de intervenção da fisioterapia nesta área, personalizando o guião fornecido pela escola, no decorrer das sessões. Adaptar o guião a cada classe durante o decorrer das sessões no estágio ( Novembro, Dezembro e Janeiro ).
- Efetuar a realização do exame subjetivo e objetivo potenciando e corrigindo sempre que necessário o guião personalizado, durante o 2ª e 3ª mês de estágio.
- Avaliar 3 utentes segundo da CIF, elaborando em seguida diagnóstico e prognóstico em fisioterapia.
- Elaborar um plano de tratamento adaptado a cada utente, pesquisando a melhor evidência possível, recorrendo a bases de dados, à biblioteca da escola, à tutora, fisioterapeutas que trabalham nesta área noutros locais e colegas de mestrado, ao longo do estágio.
- Praticar sempre que possível os *skills* aprendidos no mestrado, através da consulta de experts ou pesquisando na evidência disponível, estando sempre atento ao feedback do tutor e do utente, durante os três meses de estágio.

- Tornar eficaz a relação terapeuta utentes de modo a potenciar a intervenção, mesmo que não seja o responsável pela elaboração da sessão.
- Adaptar á rotina e dinâmica da clínica, gerindo de forma eficaz o espaço, o material à disposição e a relação com todos os membros da equipa, durante os 3 meses de estágio.
- Atuar segundo os padrões de prática da APF durante as 3 meses de estágio.
- Analisar e comparar os modelos de intervenção Nacionais e internacionais.
- Realizar um relatório de desempenho em estágio, construído ao longo dos 3 meses de estágio, segundo as normas da ESSA e a entregar uma semana após o termino do estagio

Parte 5 – Definição das estratégias de aprendizagem e recursos, a definir pelo o aluno:

- Sempre que surgir uma dúvida questionar-me sobre a melhor evidência possível nessa temática, discutindo de forma saudável com a tutora, outros alunos de mestrado e outros Fisioterapeutas e profissionais da área da saúde da mulher.
- Procurar trocar experiências com os pares acerca das dificuldades encontradas nos locais de estágio, durante as aulas ou sempre que necessário.
- Observar sempre que possível as sessões de tratamento elaboradas pela tutora, outros fisioterapeutas que trabalham nesta área, de modo a aprender o mais possível, abrindo os horizontes para técnicas não lecionadas durante o mestrado na ESSA.
- Participar ativamente em ações de partilha de conhecimentos com pares.
- Atualizar relativamente à fisiopatologia e novas técnicas.
- Usar intervenções para as quais exista conhecimento baseado na evidência relativamente à questão dose-resposta.
- Usar sempre que possível intervenções/protocolos baseados em RCT's de elevada qualidade com resultados positivos (resultados clinicamente relevantes com efeito-tamanho demonstrado numa amostra representativa).
- Usar testes pré e pós tratamento que sejam sensíveis, fiáveis e válidos.
- Medir a adesão à intervenção e os efeitos adversos.
- Trabalhar com outros profissionais médicos (por exemplo, clínico geral, urologista, ginecologista, radiologista).
- Avaliar o grau de sintomas de disfunção do pavimento pélvico e queixas e estado geral, abrangendo todas as componentes da CIF.
- Avaliar totalmente o desempenho dos MPP, incluindo a capacidade de contrair e força.
- Definir metas de tratamento individual e planear programas de tratamento, em colaboração com o paciente.



- Tratar a condição de forma individual ou em classes de exercício dos MPP.
- Ensinar exercícios preventivos de contração dos MPP individualmente ou em classes durante a gravidez, no pós-parto.
- Enquanto clínico sem um passado de investigação tentar participar/colaborar na pesquisa que outro colega esteja a realizar, como realizadores/colaborador na execução de fisioterapia de alta qualidade física e avaliação da conduta de intervenção.
- Efetuar levantamento dos modelos de intervenção nacionais e internacionais.

## Parte 6 – Cronograma

Atividade a desenvolver	Nov.	Dez.	Jan.
Discussão do contrato de aprendizagem.	X	X	X
Observação, integração e desempenho de prestações, intervindo sempre que solicitada pela tutora nas classes de Pré e Pós Parto.	X	X	X
Efetuar a caracterização do local de prática e utentes.	X		
Desenvolver o projeto de implementação de melhoria do local de prática.			X
Rever os conhecimentos adquiridos sobre diversas temáticas no pós parto.	X	X	X
Formação em Ginástica Abdominal Hipopressiva – método dinâmico		X	X
Avaliação e tratamento das utentes em estudo.	X	X	X
Pesquisar e estudar atentamente a literatura mais recente sobre estas temáticas.	X	X	X
Desenvolver contactos e o Projeto de Promoção de Saúde Senhoras Sénior.		X	
Avaliação, desenvolvimento de plano de intervenção em 3 utentes.		X	X
Planear e colaborar nas sessões de pré e pós parto		X	X
Desenvolver contactos com outros colegas a trabalhar na saúde da mulher	X	X	X
Desenvolver folhetos educativos, com informações úteis para entregar aos utentes.		X	X
Aplicação de Projeto de Promoção de Saúde Senhoras Sénior			X
Avaliação de resultados obtidos na intervenção junto às utentes em acompanhamento			X
Pedir feedback ao educador clínico sobre o trabalho desenvolvido de forma a poder melhorar a minha prática clínica.	X	X	X

## 2.3 Reavaliações do contrato

Os objetivos do contrato estavam descritos de forma clara e compreensível, no entanto nem todos vieram a verificar realistas. Tendo em conta o horário e calendário das sessões de pré e pós parto, assim como a minha disponibilidade profissional, não foi possível acompanhar todas as sessões de forma continuada (por exemplo sessão dos avós, do pai ou até mesmo prática da avaliação do pavimento pélvico).

Os objetivos descreviam as necessidades de aprendizagem, encontrando-se em coerência com as competências a adquirir. Teria sido aconselhável menor número de objetivos de aprendizagem, mas uma maior especificidade nos objetivos.

Apesar de considerar as estratégias de aprendizagem suficientes e adequadas, foi necessário acrescentar maior número de horas de prática tutorada.

O tempo definido inicialmente acabou por ser prolongado por mais 2 meses (170 horas), tendo em conta que estas classes decorriam bissemanalmente, ocorreu a necessidade de aumentar o tempo de estágio permitindo um maior acompanhamento das classes.

A formação complementar que tinha sido planeada foi cumprida, foram desenvolvidas as seguintes ações de Promoção de Saúde e bem estar assim como da profissão:

- Dezembro: Workshop Clube Mamãs & Bebés: “Massagem do bebé”
- Fevereiro: Ação de sensibilização Universidade Sénior: Viva bem com a idade que tem!
- Junho: Workshop no Barrigas de Amor: “Períneo – a importância na gravidez e na recuperação pós parto”

A convite da tutora foi possível a presença num encontro de especialistas na área, onde foram debatidos diversos temas associados à prática clínica na saúde da mulher.

Foram produzidos diversos documentos como suporte às sessões, em formato de brochuras.

As reavaliações do contrato decorreram semana a semana em reuniões com a tutora, assim que os primeiros objetivos eram atingidos, eram delineados ou reformulados os seguintes e por conseguinte as respetivas estratégias de aprendizagem.

Os momentos de avaliação decorreram logo após as sessões ou no intervalo entre as sessões de pós parto e preparação para o nascimento. A avaliação decorreu de natureza formativa (*feedback* contínuo), à medida que o estagiário planeava ou desempenhava ações, ou desenvolvia documentos, estas eram discutidas com o tutor com o objetivo de refletirem em conjunto sobre o assunto, permitindo ao estagiário a possibilidade de reconhecer e aprender com os erros cometidos, assim como melhorar a sua performance com as recomendações do tutor.

Os resultados do *feedback* formativo tiveram impacto direto no planeamento de desenvolvimento pessoal e profissional do estagiário, que foi orientando o seu estudo e intervenção em prol das reavaliações efetuadas.

## 2.4 Apresentação dos *feedbacks* obtidos

### Mês de Novembro

- Reuniões via *skype* com a tutora permitiram adaptação/reformulação contrato aprendizagem.
- Construção diário da sessão de forma a permitir registar de forma estruturada a aprendizagem efetuada durante a sessão, que conhecimentos ainda eram necessários adquirir e aprofundar, assim como demonstrar como é que aprendi e como poderei provar que os efetuei.

### Mês de Dezembro

- Discussão do diário da sessão com a tutora, sobre temas pertinentes abordados pelas mães nas sessões; planeamento da sequência de exercícios para a sessão do pós parto e acerca de um estudo que uma colega está a desenvolver com a população da clínica.
- *Feedback* oral dado por uma colega fisioterapeuta pós graduada em saúde da mulher a frequentar a sessão, acerca do planeamento e execução de uma aula de exercício no pós parto.
- Planeamento do estudo de caso.
- Estruturação de ficha de avaliação no pós parto baseada na existente na clinica.
- Adequação e escolha de instrumentos utilizados na avaliação objetiva de cada paciente e da avaliação subjetiva (Questionário de satisfação, EVA).
- Avaliação uterina: Quervain's e afastamento retos abdominais (comparativamente com as avaliações efetuadas pela tutora).

### Mês de Janeiro

- *Feedback* da tutora do diário da sessão.
- *Feedbacks* da tutora sobre desempenho em classe.
- *Feedbacks* da tutora acerca técnicas ainda por melhorar: massagem mãe, técnicas relaxamento, posicionamento mãe com almofada.
- Partilha por parte da tutora de artigos científicos sobre exercício físico na gravidez e pós parto.

Mês de Fevereiro

- *Feedbacks* acerca do *workshop* dado em conjunto, dado pela satisfação e interação demonstrada pelas utentes, assim como interesse demonstrado em participar de novas ações.
- *Feedback* sobre a prestação ao longo do estágio.
- Reformulação de ficha de avaliação no pós parto, *feedback* de 3 Fisioterapeutas especialistas (anexo VI)

Mês de Março

- *Feedback* dado pelas utentes através do Questionário de Satisfação passados na Classe de Pós Parto (estudo de caso).
- Balanço final acerca do crescimento e aprendizagem pessoal e profissional ao longo do estágio (reunião após término estágio para balanço elaboração do relatório).

## 2.5 Reflexão final do processo

Para os alunos que terminam um ano de formação académica e não tiveram a oportunidade de contactar com estas populações específicas, a possibilidade da prática clínica tutorada (aprendizagem em contexto real) é uma excelente oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, melhorar *skills* e atitudes, tendo a hipótese de adquirir competências com o suporte de outro profissional com maior experiência.

A construção do plano de desenvolvimento pessoal e profissional foi uma ferramenta fundamental para orientação ao longo do estágio, pela definição de quais as estratégias mais integradoras para a aquisição de conhecimento a seguir. Permitindo ao aluno continuar a sua aprendizagem de forma organizada, para melhorar o seu desempenho enquanto fisioterapeuta na área da saúde da mulher, especificamente no pré e pós parto.

O processo de aquisição de competências profissionais descrito no contrato de aprendizagem, foi promovido pelos vários intervenientes no ensino e na aprendizagem, ou seja o tutor, o estagiário e possível através da gentil colaboração dos grupos onde decorreram as intervenções.

Tendo em conta a especificidade do local e o contexto da aprendizagem, as competências definidas pelo tutor foram adquiridas na sua maioria.

Os objetivos de aprendizagem definidos pelo aluno foram quase todos atingidos. Foram revistos os conteúdos importantes para as sessões de pré e pós parto, foi personalizado o guião fornecido pela escola e adaptado à ficha de avaliação utilizada na clínica para a avaliação das 3 utentes. Foi efetuado um levantamento bibliográfico de suporte às sessões, à construção dos *workshops*, documentos de apoio (brochuras) e a toda a intervenção.

O estagiário procurou ser ativo, tomando uma atitude responsável, auto dirigindo o processo de aprendizagem pessoal de acordo com as propostas do tutor, colocando as competências pessoais ao serviço do contexto de atuação, respeitando objetivos e valores comuns.

Faria a proposta de mais momentos de discussão em pares, tutorados por especialistas, permitindo a partilha de experiências e ganhos, em segurança para quem está a iniciar estratégias de intervenção.

### **3. Caracterização da unidade de estágio**

#### **3.1. Contextualização do posicionamento da unidade no Plano Nacional de Saúde**

A unidade, onde decorreu este estágio, enquadra-se posicionada no Plano Nacional de Saúde como uma unidade de prestação de cuidados de saúde privada, incluindo fisioterapia, nutrição e psicologia (nutrição e psicologia não articulam diretamente com a fisioterapia nesta população).

#### **3.2. Descrição do local**

O Gabinete de fisioterapia R'equilibri\_us encontra-se localizado em Oeiras, num local acessível quer por meios de transporte públicos, quer por pessoais. É um gabinete com ausência de barreiras arquitetónicas e remodelado de raiz para o fim a que se destina: prestação de serviços de fisioterapia na área do desporto, ortopedia, pediatria e saúde da mulher.

Neste gabinete, desempenham funções quatro fisioterapeutas e uma nutricionista, cada um especializado numa área de intervenção.

Citando o responsável clínico da R'equilibri\_us “o espaço reúne uma equipa de profissionais de Fisioterapia e de Saúde com vasta experiência aliada a uma formação científica sólida e de elevado prestígio. Pretendem centrar a intervenção na prevenção, aconselhamento, avaliação, tratamento e/ou reabilitação funcional incidindo nas necessidades de saúde dos utentes, procurando prestar um serviço na área da saúde de qualidade, personalizado e humanizado. Pretendem dar as melhores respostas no tempo mais curto possível, pretendendo introduzir um ratio custo-benefício o mais eficiente possível aos utentes, num ambiente de empatia e confiança mútua. Têm uma equipa de Fisioterapeutas especializados em diversas áreas para intervir desde o recém-nascido e a criança ao indivíduo sénior, passando por grupos específicos como bailarinas, atletas/desportistas, quer de competição quer de lazer assim como mulheres grávidas ou no pós parto. Pretendem desenvolver relações profissionais de confiança com diversos médicos de elevado prestígio e experiência nas diversas especialidades e de quem recebem pacientes para

aconselhamento/tratamento e para quem encaminham as situações que assim o justificam. O espaço de atendimento é acessível, funcional e acolhedor, com o equipamento tecnológico adequado e recente. Estão preparados para prestar cuidados de Fisioterapia de proximidade (domicílio) sempre que a autonomia funcional dos pacientes assim o exija. Estão conscientes da necessidade de progressão e do dever do profissional de saúde de fazer sempre o melhor pelo seu utente pelo que apostam na formação contínua dos profissionais que no gabinete desempenham funções. Querendo ser lembrados não só como profissionais sérios, honestos e competentes, mas sobretudo como “amigos” que deram um contributo, a quem os procura, podendo ultrapassar as situações mais complexas e difíceis que limitam os utentes nas suas atividades quotidianas” (Oliveira, R. 2008).

Tendo em conta a especificidade deste estágio, a análise do local será dirigida apenas no contexto da população específica em estudo, preparação para o nascimento e pós parto: grávidas e seus acompanhantes e pós parto: mães, bebés e familiares.

**Acessibilidade:** Dentro da população específica, o local de estágio encontra-se bem localizado, e facilmente acessível a grávidas/mães e carrinhos de bebés, pela proximidade de estacionamento fácil. Devido ao horário em que decorrem as aulas de pós-parto, não é tão fácil o estacionamento (horário laboral).

Quanto a barreiras arquitetónicas, estas estão ultrapassadas por uma rampa de acesso (inclinação aceitável para transporte de carrinhos de bebé em segurança), e o interior da clínica encontra-se todo em piso térreo.

**Funcionalidade:** O espaço físico da clínica é recente (2008) encontrando-se confortável e acolhedor, com uma boa exposição solar e vista panorâmica, que torna agradável a espera na receção. A receção tem uma área que permite acesso fácil ao WC (valorizável no pré parto), disponibilizando gabinetes para mudança de fraldas ou amamentação.

**Acolhimento:** Possui duas rececionistas capazes de prestar apoio a ambas as populações grávidas e mães/bébés, e material assim como um espaço físico com dimensões e condições suficientes para acolher comodamente estas populações. Espaço na receção para acolher pais, duas salas com área e material para execução das classes de preparação para o nascimento e pós parto, espaço para arrumação de carrinhos de bebé, WC e gabinetes de apoio adaptados. Disponibiliza água, “rebuçados” e *flyers* informativos da área.

**Equipamento:** Para o decorrer da intervenção nesta população específica, para além do material disponível inerente a uma clínica de fisioterapia, existe material específico de intervenção, educação e promoção, tanto para o pré como pós parto.

### 3.3. Análise SWOT do local

Análise SWOT do local		
Internas (atributos da organização)	Forças	Fraquezas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualidade do serviço leva a lealdade do cliente (usufrui no pré parto e volta para usufruir do pós parto, assim como recomenda)</li> <li>Condições do espaço físico</li> <li>Elevada qualificação e qualidade técnica dos Recursos Humanos (RH)</li> <li>Rapidez e eficácia da intervenção, disponibilidade de horários flexíveis e ajustáveis</li> <li>Possibilidade de efetuar pré e pós parto como mesmo profissional e grupo de colegas.</li> <li>Localização do gabinete (central, estacionamento)</li> <li>Profissionalismo e capacidade de resiliência do gerente</li> <li>Elevada oferta de serviços</li> <li>Prática de acordo com os Padrões da prática em Fisioterapia</li> <li>Programas de pré e pós parto baseados em <i>guidelines</i> e referências de evidência científica</li> <li>Autonomia de trabalho dos fisioterapeutas, autogestão de horário</li> <li>Prática padrões da prática APF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utentes apenas acompanhadas por fisioterapeuta</li> <li>Sequência e organização do programa de atividade física</li> <li>Pequena dimensão da empresa</li> <li>Poucas políticas de marketing</li> <li>Organização da empresa</li> <li>Concorrentes com entidades protocoladas</li> <li>Serviços pluridisciplinares</li> </ul>
Externas (atributos do ambiente)	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crescimento do mercado/informação nesta área</li> <li>Insatisfação dos clientes de empresas concorrentes</li> <li>Aproveitar o nicho de mercado associado á maternidade para exponenciar outros serviços paralelos ao já prestados</li> <li>Através da diferenciação atingir novos segmentos</li> <li>Continuar a reforçar a preferência dos clientes</li> <li>Colaboração da clínica e dos profissionais coma ESSA e em estudos de investigação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recessão económica do país leva a quebra de vendas</li> <li>Quantidade de concorrentes</li> <li>Pouco tempo disponível dos consumidores desse tipo de serviços e pouca cultura de prevenção</li> <li>Produtos substitutos (ginásios, clínicas)</li> <li>RH atrativo para a concorrência</li> </ul>

## 4. Caracterização dos utentes e da intervenção

### 4.1. Necessidades de saúde no contexto da especialidade e as encontradas no local

Em Portugal, a saúde materno infantil inclui-se na prestação de cuidados primários de saúde. Os cuidados primários têm como base métodos e tecnologias práticas, cientificamente validados e socialmente aceitáveis, tornando acessível a todos os indivíduos e famílias graças à sua inteira participação e a um custo razoável para a comunidade e para o país. Devem constituir a trave mestra do sistema de saúde e do desenvolvimento social e económico global de um país (OMS e UNICEF, 1978).

A definição que resume as conclusões da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata em 1978, sob o patrocínio da OMS e da UNICEF, contextualiza os cuidados de saúde materno infantil através da educação sobre os problemas fundamentais de saúde e sobre os métodos suscetíveis de os atenuar ou prevenir, da promoção de uma alimentação e de um estado nutricional satisfatórios, cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, recomendações de bem-estar e saúde, informação de equipamentos e materiais disponíveis nestas fases, tratamento apropriado das doenças e das lesões comuns. Dessa forma a fisioterapia na sua intervenção específica em grupos de pré e pós parto assume as premissas inerentes à prestação de cuidados de saúde primários.

O tipo de acompanhamento que as mulheres grávidas usufruem durante todo o período da gravidez até ao parto, é provido de uma importância extrema: o modo como são acompanhadas, irá fazer a diferença entre a saúde e a incapacidade, irá produzir consequências na capacidade da mãe e da família em cuidarem da criança, assim como terem perceção das suas responsabilidades para com ela. A provisão do cuidado pré-natal vai para além da saúde ou do cuidado médico, tendo também consequências sociais profundas. Esta irá afetar o indivíduo, a família e a comunidade para toda uma vida e para as gerações vindouras (Page, 2001; Jorge, 2008).

O período pré-natal claramente apresenta oportunidades para proporcionar às mulheres grávidas algumas intervenções que podem ser vitais quer para a sua saúde e bem-estar, como para a dos seus bebés (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003; Jorge, 2008).

Quanto às interações entre prestadores de cuidados de saúde e mulheres grávidas durante as consultas pré-natais realizadas, existem poucas publicações. Muitos autores concordam que o cuidado pré-natal provavelmente tem um efeito benéfico global para algumas mulheres. A maioria dos *experts* defende que o cuidado pré-natal para além de benéfico é importante para que haja algum acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, mesmo que este seja tardio ou não seja regular (Baldwin, 2006; Jorge, 2008).



O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG 1985) afirma que mulheres que recebem cuidados pré-natais numa fase inicial e de um modo regular têm maior probabilidade de darem à luz crianças saudáveis.

Alguns estudos têm mostrado que certos componentes do cuidado pré-natal são benéficos para a mãe e para o feto: programas de cessação tabágica para reduzir a incidência de atraso do desenvolvimento intrauterino, o uso de ácido fólico na dieta para prevenir defeitos no tubo neural e exames médicos universais (como, por exemplo, ecografias e análises laboratoriais), são alguns exemplos (Baldwin, 2006). Contudo, a investigação nesta área tem-se verificado relativamente escassa (Jorge, 2008).

Mundialmente, os dados do final da década de 90 indicavam que mais de 70% das mulheres de todo o mundo têm pelo menos uma visita pré-natal com um profissional qualificado durante a gravidez e que nos países industrializados a adesão é extremamente alta, com 98% das mulheres a realizarem pelo menos uma visita. Por sua vez, nos países em desenvolvimento, cerca de 68 % das mulheres tem acesso a cuidados de pré parto, sendo esta taxa considerada um sucesso para programas que pretendem tornar o cuidado pré-natal acessível. As consequências de se falhar a provisão de um bom cuidado materno e perinatal podem ser observadas nos dados estatísticos da morbilidade e mortalidade materna e neonatal, atualmente mais acentuada nos países em desenvolvimento (Villar, Bakketeig, Donner, Al-Mazrou, Ba'aqeel, Belizán, Carroli, Farnot, Lumbiganon, Piaggio & Berendes, 1998).

A premência da preparação para o parto com o objetivo de reduzir o número de cesarianas, vem referida nas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Direção Geral da Saúde (2004).

Em Portugal, nos dados estatísticos publicados em Dezembro de 2011, reportavam que em 2010 houve um aumento da taxa de natalidade, uma diminuição da mortalidade infantil, neonatal e perinatal (DGS, 2011).

Resultando da avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2006-2010, de acordo com a classificação atribuída pela OMS, o Plano de Saúde Português foi classificado em 12º lugar a nível mundial, o que é considerado como uma boa classificação. Esta classificação, resultante da análise de registos estatísticos onde se identificou a diminuição da gravidez adolescente, aumento da esperança de vida à nascença, baixo nível de mortalidade infantil, (...) O Dr. Jorge Sampaio (Fórum nacional de saúde, 2010) abordou esta questão como sendo uma conquista, que não deve, nem pode ser limitadora da ação futura, no sentido de que cada vez mais o PNS tem de estar mais próximo das necessidades da população e por isso mesmo, ser cada vez melhor.

Como aspetos negativos na avaliação do mesmo PNS, foram notados um aumento dos partos prematuros, um aumento dos nascimentos de termo com baixo peso (relacionado com um

aumento do tabagismo, ativo ou passivo, no grupo de grávidas), assim como um aumento do número de cesarianas.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016, projeta-se a partir de orientações que pretendem maiores ganhos em saúde na população portuguesa, e que se desenvolva, em termos operacionais, em função de quatro vetores estratégicos. Estes vetores são designadamente, a promoção da cidadania em saúde, da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, da qualidade em saúde e da adoção de políticas públicas saudáveis. O processo de operacionalização do PNS 2011-2016 assenta na participação intersectorial, na promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos para a realização de opções de vida saudável, na prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação e na integração de cuidados. Dessa forma, apesar de não ser uma das áreas de intervenção prioritária, a operacionalização do PNS pressupõe a manutenção ou desenvolvimento de programas e intervenções estruturadas já em curso, no sentido de salvaguardar e reforçar os ganhos de saúde já obtidos. Neste sentido, entende-se necessário dar seguimento ou reforçar intervenções, em particular no domínio na área da saúde materno infantil (Plano Nacional de saúde 2011-2016, 2010).

Em Portugal não se sabe se existe uma causa-efeito entre a prestação de cuidados pré-natais e as taxas de mortalidade infantil, dado que não existem estudos publicados nesse sentido. O que se sabe, é que as taxas de natalidade apresentam uma tendência para diminuir (DGS, 2011).

Na atualidade, a opção de ser mãe surge cada vez mais tarde na vida de uma mulher, por motivos profissionais estas adiam tornar-se mães pela primeira vez entre os 30 e 40 anos. Em Portugal, as mulheres em idade fecunda (dos 15 aos 49 anos de idade), residentes em Portugal, continuam a ter menos filhos e mais tarde: a evolução da idade média da mulher ao nascimento de um filho aumentou de 28,8 anos para 30,6 anos, entre 2001 e 2010; paralelamente, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho passou, no mesmo período, de 26,8 anos para 28,9 anos (Instituto Nacional de Estatística , 2010).

Nos dias de hoje, podemos verificar que as mulheres estão cada vez mais interessadas em usufruir dos cuidados pré-natais (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003; Jorge, 2008), cabendo por isso à comunidade de profissionais de saúde promover oportunidades para dar aos futuros pais informações com o intuito de esclarecer as suas dúvidas e abrir novos horizontes, prestar serviços que possam melhorar a saúde e a qualidade de vida tanto da mãe como do(s) feto(s) e facilitar a interação entre os pais/família e a criança. Em todo este processo, o fisioterapeuta tem um papel preponderante, sendo um veículo condutor de informação: ensinando, guiando e aconselhando.

Numa fase inicial para caracterização do modelo de intervenção foi efetuado um levantamento do que seriam as *guidelines* de intervenção no pré e pós parto assim como dos modelos e tipologias de intervenção existentes na área geográfica onde este centro disponibiliza

os seus serviços. Foi possível identificar que a R'equilibri\_us disponibiliza uma tipologia de serviço correspondente à que é proposta pelo Grupo de Interesse em Fisioterapia na Saúde da Mulher, sendo as sessões ministradas apenas por um profissional de saúde (Fisioterapeuta) de acordo com os padrões da prática.

Neste contexto, na R'equilibri\_us as sessões de preparação para o nascimento decorrem em nove sessões, uma vez por semana, durante 90 minutos em horário pós laboral, ministradas por uma fisioterapeuta especialista, Fisioterapeuta Fátima Sancho. As aulas caracterizam-se por serem prático/expositivas com grande interação entre os pais.

A população encontrada na R'equilibri\_us é constituída, na sua grande maioria, por grávidas do primeiro filho, com idades compreendidas entre os 26-36 anos, com um *status* social médio alto, um nível de escolaridade superior, informadas através de partilha entre amigas, leitura de livros da área, ou recurso à internet, estas procuram apoio diferenciado. Na maioria das sessões os futuros pais também estão presentes (suas as ausências devem-se, maioritariamente, a motivos profissionais).

Quando chegam às sessões por recomendações de amigas ou conhecidos, vêm com algumas ideias reais do que serão os temas das sessões, não sobre o que irá decorrer.

A maioria dos grupos, não tem familiares presentes na área de residência.

Na clínica, apesar de existir o serviço de preparação para o nascimento individual (apenas recomendado para casos muito específicos como por exemplo gravidez de risco com recomendação de repouso absoluto, o fisioterapeuta desloca-se ao domicílio), a maioria dos utentes frequentam sessões em grupo. Há um esforço intencional para que os grupos se encontrem na mesma idade gestacional e para que o casal acompanhe sempre o mesmo grupo, ao longo das sessões (nem sempre é possível).

Quanto ao formato das sessões desenvolvidas no local de estágio, o modelo utilizado foi o defendido pelo Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher (GIFSM), mantendo e dando continuidade ao utilizado pela tutora. O Modelo utilizado foi o de processo de aprendizagem em grupo, onde ocorre uma interação direta entre utentes e entre utentes/educador.

As classes onde decorreram a intervenção tinham entre 4 a 18 utentes, grupos de status sócio-económico-culturais diferentes (maioria médio alto – com exceções), exigindo do educador sensibilidade para formatos de aprendizagem e ritmos distintos, para que apesar do trabalho em grupo, cada um como indivíduo se sinta devidamente acompanhado.

## 4.2 Descrição do papel do fisioterapeuta na especialidade e no local, segundo a prática baseada na evidência.

### 4.2.1 Integração da fisioterapia na especialidade de saúde da mulher

Ao longo dos anos, a preparação para o nascimento começou por ser feita dentro da própria família, através da passagem do testemunho entre mulheres (tradição oral de forma empírica). Esta tradição, verificada em quase todo mundo, constituiu a forma primária de aprendizagem acerca do parto (Ondeck, 2000; Renkert & Nutbeam, 2006).

A existência de duas grandes abordagens (Médica e das Enfermeiras Parteiras) no cuidado a mulheres grávidas começou na História Antiga. No entanto, cada uma destas profissões baseia-se em diferentes entendimentos da natureza e da importância da gravidez e do parto.

As enfermeiras parteiras desenvolveram um suporte social, informativo, físico e material que as mulheres tradicionalmente partilhavam umas com as outras em tempos de necessidade. Estas viam a gravidez como uma parte crítica, vulnerável, mas normal, da vida das mulheres.

Os obstetras, por seu lado, especializaram-se, com o intuito de intervirem nas patologias da gravidez e do parto. Assim, e à semelhança com as diferentes filosofias, cada uma destas perspetivas chama por uma diferente abordagem ao cuidado da mulher grávida (Rooks, 1999).

A História Contemporânea da preparação para o nascimento tem diversas e complexas origens. A popularização da preparação para o nascimento nos *media* foi inicialmente imputada a Lamaze. Fernand Lamaze é frequentemente creditado para os métodos ensinados nos dias de hoje, mas evidências históricas confirmam que o médico inglês Grantley Dick-Read contribuiu para aspetos importantes da preparação para o nascimento contemporânea (Ondeck, 2000).

Contudo, ao longo do tempo, alterações na estrutura familiar, com o aumento do número de mulheres a integrarem o Ensino Superior, no mercado de trabalho e o aumento da medicação utilizada no parto, levou a que as mulheres sentissem uma maior necessidade de obterem uma educação pré-natal formalmente organizada, como que um mecanismo através do qual pudessem desenvolver os seus conhecimentos e competências (Renkert & Nutbeam, 2006).

Hoje em dia, existem variadas metodologias utilizadas na preparação para o nascimento. No entanto, na sua maioria dos programas têm os seguintes três elementos em comum: (1) informação acerca do processo e dos procedimentos relacionados com o parto, (2) estratégias de *coping* para o conforto relacionado com a dor e (3) ênfase no apoio do companheiro no parto, da triade familiar, do instrutor assim como no desenvolvimento de um sistema de apoio. A diferença entre os diversos programas prende-se com a filosofia do parto que rejeita ou aceita uma intervenção mais tecnicista e a intervenção médica no parto (Ondeck, 2000).

Com a passagem do parto domiciliar para o parto em meio hospitalar, iniciou-se o debate sobre o local fisiológico e moral da dor no parto e o início sem precedentes das exigências dos pacientes no impacto nos cuidados (Ondeck, 2000). Nesta fase, uma fisioterapeuta, conjuntamente com o obstetra, desenvolvem um especial interesse na intervenção da fisioterapia durante a gravidez, parto e puerpério. Fairbairn acreditava na «Obstetrícia Preventiva» e, por isso, contou com a colaboração de Randall para desenvolver um sistema de exercícios para mães no período pós-natal, dado que estas permaneciam durante longos períodos acamadas.

Inicialmente, os exercícios foram pensados para o período do pós-parto, sendo mais tarde desenvolvidos outros exercícios para o período pré-natal e para alguns casos ginecológicos. (Polden & Mantle, 1990).

Não houve dúvida (empírica) de que a aplicação competente das numerosas técnicas de fisioterapia, baseadas nos resultados do exame físico, seriam capazes de permitir a evolução dos cursos de preparação para o parto com orientação de fisioterapeutas assim como de cursos destinados a promover a involução (Henscher, 2007).

#### 4.2.2 Integração da fisioterapia na especialidade de saúde da mulher em Portugal

Em Portugal, a História da Fisioterapia na Saúde da Mulher começou a ser traçada apenas em 1980, com a formação de fisioterapeutas nesta área. Em 1983, constituiu-se o primeiro grupo de interesse da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), o «Grupo de Interesse de Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia» e, desde então, este grupo tem desenvolvido formações neste âmbito, nomeadamente na preparação para o nascimento, no pós-parto e na incontinência urinária.

Em 1998, em concordância com a *International Organization of Physical Therapists in Women's Health* (IOPTWH), este grupo de interesse alterou o seu nome para «Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher» (GIFSM) e, em Maio de 1999, o GIFSM tornou-se membro oficial da IOPTWH, subgrupo da Confederação Mundial de fisioterapeutas – WCPT (APF, 2007).

#### 4.2.3 Preparação para o nascimento

Após a análise de estudos na área, é possível constatar que ainda existe pouca evidência que comprove o que se diz hoje como válido e científico. A preparação para o nascimento é descrita como sendo um cuidado que promove: a auto atualização, a responsabilidade pela saúde, o exercício, a nutrição e o apoio interpessoal (Koehn, 2002); maiores níveis de satisfação das

mães (Johston-Robledo, 1998); uma maior autoconfiança das futuras mães na sua preparação para o nascimento, uma maior capacidade de decisão no parto normal e uma visão mais positiva acerca da experiência do parto e do nascimento (McCourt, Page & Hewison, 1998); o bem-estar emocional e a saúde física, assim como a prevenção da depressão no pós-parto (Page, 2001); uma maior satisfação com os aspetos psicológicos do cuidado e um reforço na autoestima da futura mãe (Waldenström & Nilsson, 1993) ; a partilha com outras parturientes, podendo reduzir os seus níveis de stress ( Waldenström & Nilsson, 1993; Pascali-Bonaro, 2003); a diminuição nos problemas de saúde durante a gravidez (Waldenström, Nilsson & Winbladh, 1997); um recurso significativamente diminuído analgésicos (Barrett & Pitman, 1999); uma proteção contra a morbilidade e mortalidade perinatais, através do prolongamento da gravidez e, conseqüentemente, do aumento de peso do bebé à nascença (Herbst, Mercer, Beazley, Meyer& Carr, 2003; Silveira & Santos, 2004); a utilização limitada de medicação e de tecnologia durante o parto, assim como de uma diminuição no tempo do parto e da estadia no pós-parto (Waldenström, Nilsson & Winbladh, 1997).

A abordagem multidisciplinar, integrando conhecimentos e metodologias clínicas, sociológicas e antropológicas, tem sido valiosa no ganho de uma compreensão aprofundada e válida das experiências das mulheres e das suas necessidades, e construir confiança e autoestima, assim como encorajar os pais a assumir responsabilidade sobre a saúde das suas famílias, tem sido defendido como uma parte integrante da preparação para o nascimento (McCourt, Page & Hewison, 1998; Renkert & Nutbeam, 2006).

Atualmente, existe uma concordância que defende que o foco das intervenções pré-natais deveriam ser dirigidas para melhorar a saúde materna, e isto tem sido tanto uma finalidade em si própria como uma necessidade para assegurar a saúde e a sobrevivência das crianças (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003).

Desde a introdução do cuidado pré-natal, o foco dos cuidados tem-se deslocado na saúde física materna para se focalizar no desenvolvimento e bem-estar fetal. Conseqüentemente, o conteúdo dos cuidados foi sendo alterado com o tempo (Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002).

Outro dos fatores bastante valorizados e discutidos no âmbito da preparação para o nascimento que ainda nos dias de hoje são a continuidade dos cuidados materno-infantis (Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002), são a necessidade de obtenção de evidência científica que comprove a eficácia, a eficiência e os múltiplos benefícios da preparação para o nascimento, já constituída como uma séria preocupação desde 1950 (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003; Silveira & Santos, 2004).

Ao longo dos anos a aprendizagem sobre a gravidez e o parto foi realizada muitas vezes de forma incorreta e empírica por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados, através, sobretudo, da tradição oral. Se essa aprendizagem não for realizada de forma progressiva e coerente, de acordo com o nível de compreensão da mulher grávida e em local apropriado, acontece muitas vezes que “muitas mulheres chegam á gravidez sem conhecerem o seu corpo, desconhecendo o que se passa com elas, o que pode ser um fator gerador de insegurança e ansiedade”(Couto, 2006).

A prevenção da ansiedade e medo relacionado pela sexualidade e reprodução deveria efetuar-se desde a infância, na escola, através de correta informação sexual. Também a preparação física e status psicológico da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa de ansiedade da mulher grávida. Se for dada á futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento de seu corpo, ela encontrar-se-á em posição de colaborar com os profissionais de saúde que a acompanham (...) reduzindo assim grande parte da tensão física e psíquica, resultando de um parto mais fácil e menos doloroso (Couto 2006).

Os cursos de preparação para o nascimento surgem na Europa no principio do século XX. Dick Read, Obstetra inglês, percebeu que, no hospital, as mulheres que se sentiam tensas, com medos e sós, pariam com mais dificuldade; era necessário intervir, não só sobre o seu estado físico , mas também no seu estado psicológico. Dessa forma surgiu a preocupação de informar as grávidas acerca do que lhes viria a acontecer, ensinando-as a colaborar de forma ativa no nascimento do filho. Hoje em dia apesar de existirem diferentes métodos pelo mundo científico com diferenças teóricas (p. ex. Lamaze ou prófilático, Dick Read ou parto natural, Bradley ou parto assistido pelo marido ...), todos eles se baseiam nos mesmos princípios, informação sobre gravidez e processo de parto, preparação física e crença no apoio, e cuidados da mãe e bebé. A par destes, outras técnicas são utilizadas com maior ou menor sucesso, com o objetivo de promover a diminuição da dor e de potenciar a colaboração da mãe: ensino de técnicas respiratórias, sofrologia, técnicas de relaxamento muscular, TENS, hidroterapia, yoga, *effleurage*, aromoterapia, acupuntura, haptomia e hipnose.

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), através do Grupo de Interesse em Fisioterapia na Saúde da Mulher (GIFSM), é quem ministra formação e certifica Fisioterapeutas a desenvolver intervenção na área da preparação para o nascimento. GIFSM dá formação a fisioterapeutas de forma a que estes adquiram conhecimentos e competências para promoverem "Encontros de Preparação para o Nascimento". Incentivam os fisioterapeutas a desenvolverem encontros, onde para além da aquisição de conhecimentos, o clima deva geralmente ser propício ao esclarecimento de dúvidas, à partilha das experiências e vivências tão importantes nesta fase da vida do casal (APF-GIFSM, 2010).

As sessões de preparação para o nascimento são encontros, habitualmente semanais, em horário pré acordado, onde se encontram mães/casais com um ou vários profissionais e onde que se debatem vários temas relacionados com a gravidez, parto e puerpério e se aprende a encontrar as melhores estratégias e soluções para viver da forma mais saudável e esclarecida esta fase da vida da mulher/casal (APF-GIFSM, 2010).

Segundo o GIFSM, os objetivos das sessões são que dos futuros pais:

- Percebam melhor o que se irá passar nas últimas semanas de gravidez.
- Saibam lidar com algumas das queixas típicas da gravidez, como as dores nas costas, as câibras, os inchaços e as perdas involuntárias de urina.
- Consigam identificar os vários sinais de parto, e qual a atitude que devem ter perante em cada um deles.
- Aprendam a relaxar, o que se tornará um instrumento muito importante tanto durante a gravidez e o trabalho de parto, como também ao longo de toda a sua vida.
- Adequem a sua respiração ao período de dilatação e expulsão, garantindo uma boa oxigenação tanto para a mãe como para o feto.
- Aprendam como e onde "fazer força" na fase da expulsão.
- Conheçam o processo fisiológico da amamentação.
- Adquiram os conhecimentos necessários para resolver os principais problemas decorrentes da amamentação, nomeadamente da descida do leite, das gretas, do desconforto do peito, do excesso de leite ou da falta de leite.
- Aprendam os cuidados básicos de higiene do bebé (dar banho, tratar do cordão, mudar a fralda etc.).
- Saibam cuidar de si próprios, não só como mãe, mas como mulher. O que se revela indispensável para o bom funcionamento de toda a família.
- Entendam as alterações que o novo membro vai trazer ao seio da família e a necessidade de adequá-las de forma a garantir o bem-estar de todos.

O GIFSM preconiza que os encontros devem-se iniciar preferencialmente entre a 30<sup>a</sup> ou 31<sup>a</sup> semana e decorrerão até à altura de nascimento do seu bebé. Podendo ser desenvolvidos em sessões bissemanais ou uma vez por semana com uma maior duração.

Segundo o GIFSM, toda e qualquer mulher grávida, o seu parceiro ou qualquer outro acompanhante que habitualmente será a pessoa que está mais perto da grávida e que irá acompanhá-la em todo ou parte do processo do trabalho de parto, poderá frequentar estes encontros. Salvo se houver qualquer indicação médica no sentido de a grávida ter sido aconselhada a repouso absoluto, todas as mulheres grávidas poderão frequentar estas sessões nos moldes acima propostos.



#### 4.2.4 Descrição do papel do fisioterapeuta no local segundo a prática baseada na evidência

Sendo que a Fisioterapia é uma das muitas disciplinas que estão compreendidas nas equipas multidisciplinares da preparação para o nascimento (podendo também atuar sozinha) e que as suas competências clínicas e *expertise* no tratamento de condições específicas, tais como aquelas que envolvem a saúde das mulheres, estão bem reconhecidas (Copeland, 1998 ; Department of Health Government of Western Australia, 2006). O seu papel na preparação para o nascimento não tem sido suficientemente explorado na literatura ou compreendido por alguns profissionais (Jorge, 2008).

Os fisioterapeutas partilham com os outros profissionais de saúde o interesse em prestar uma intervenção holística e igualmente segura, preparando a mulher grávida para um dos eventos mais importantes da sua vida.

Todavia, a prática dos fisioterapeutas e os objetivos estipulados para a sua intervenção incidem em aspetos como a conceção, desenvolvimento fetal, cuidados de rotina pré-natais, hábitos saudáveis na gravidez, disponibilidade de serviços de apoio, alterações emocionais e complicações na gravidez e no parto, trabalhando também a nível das alterações físicas na gravidez e no puerpério. Os fisioterapeutas procuram que as mulheres adotem práticas preventivas, promovem exercícios específicos para estabilidade e fortalecimento com base em *guidelines* do exercício seguro, trabalham ao nível da ergonomia, da gestão física dos desconfortos da gravidez, da gestão de problemas músculo-esqueléticos, do relaxamento, da respiração, ensinam posicionamentos para as mães adotarem nas várias fases do processo, ensinam estratégias de *coping* para o parto, ensinam técnicas de massagem, fazem uma revisão do pós-parto, ensinam à mãe e ao pai como cuidar do bebé e a fazerem massagem no bebé e, caso necessário, aplicam modalidades de tratamento específicas (Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998; Jorge, 2008).

A intervenção do fisioterapeuta não se circunscreve aqui. O papel dos fisioterapeutas da Saúde da Mulher, especializados na área do cuidado materno, também consiste:

- Na prestação de serviços relacionados com a manutenção da atividade e do bem-estar durante a gravidez;
- Na promoção de uma boa saúde, serenidade e uma perceção de bem-estar durante a gravidez;
- Em dar às mulheres a oportunidade de discutirem os seus medos e expectativas numa atmosfera descontraída e agradável e de adquirirem informações positivas, precisas, exatas e corretas acerca da gravidez e do parto;

- Na avaliação, tratamento e prevenção de disfunções músculo-esqueléticas e/ou ortopédicas relacionadas com a gravidez, parto e cuidados com o bebê, através da educação postural, do conhecimento do mecanismo de funcionamento do corpo;
- Na implementação de um programa de exercícios tanto para o período da gravidez como para o período do pós-parto; na prevenção ou intervenção na disfunção do pavimento pélvico; nas disfunções da articulação sacroilíaca, separação da sínfise púbica, algias vertebrais, entre outras;
- Em dar conselhos e desenvolver competências para que a grávida consiga diminuir a fadiga, aumentar os níveis de tolerância à dor e manter o controlo da mesma durante o parto; diminuir o *stress* e a tensão/esforço da gravidez;
- Na recuperação do parto por cesariana; no treino da mulher grávida e do acompanhante (sempre que oportuno e/ou possível);
- No ensino de técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios,
- Massagem, posicionamentos e outras estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto; em minimizar o desenvolvimento de problemas de saúde físicos a longo prazo e ter em consideração as necessidades individuais de outros tipos de população, como mulheres com incapacidades ou com gravidezes de risco, atletas grávidas, mães adolescentes ou mães com idade mais avançada;
- Em melhorar a confiança das mães/casais na sua capacidade em cooperarem com todas as mudanças durante o período de gravidez, encorajando no sentido de responsabilidade para si e para a sua família durante a vida. Procurar que as mulheres no puerpério atinjam uma atividade física ideal e um completo bem-estar mental (Beck, Geden, & Brouder, 1979; Copeland, 1998; Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998; IOPTWH, 2005 ; Department of Health Government of Western Australia, 2006; APF, 2008).

Durante este período, uma prática clínica eficaz para os fisioterapeutas é baseada num conhecimento completo e numa compreensão da anatomia, da fisiologia, dos aspetos sociais e dos aspetos psicológicos de cada estágio da gravidez (Copeland, 1998).

Fornecer conselhos, educação, atividades promotoras da saúde, tratamento e apoio, são apenas alguns dos aspetos da interação da Fisioterapia com as mulheres durante a gravidez, no nascimento e nos primeiros tempos com um novo bebê (Copeland, 1998).

Segundo Marshall e Walsh (1994), citados por Copeland (1998), os fisioterapeutas da Saúde da Mulher “têm de considerar as necessidades especiais de cada mãe individualmente e dirigir a natureza multifacetada do indivíduo em termos das suas atividades físicas, confortos, maturidade e desenvolvimento psicológico e emocional, as suas aspirações espirituais, expectativas e

desejos”. Estes autores defendem que um fisioterapeuta da Saúde da Mulher, por trabalhar em grande harmonia tanto com a futura mãe como com a restante equipa de saúde, pode desempenhar um papel único em aumentar a qualidade e a dignidade de dar à luz e, a longo prazo, influenciar a maternidade e a paternidade (Copeland, 1998). No entanto, não se podem esquecer as influências culturais de cada indivíduo, que necessitam de ser consideradas aquando do desenvolvimento de serviços apropriados de cuidados maternos (Department of Health Government of Western Australia, 2006).

A *Australian Physiotherapy Association* (APA), em 2004, declarou que todas as mulheres deviam ter acesso à Fisioterapia pré e pós-natal nos mais variados contextos e que esta deveria ser publicamente consolidada (Department of Health Government of Western Australia, 2006). De facto, a evidência apoia a intervenção da Fisioterapia nos cuidados pré e pós natais (Pascali-Bonaro, 2003; Department of Health Government of Western Australia, 2006).

No entanto, este tipo de cuidados não deve ser prestado de uma forma leviana. O fisioterapeuta, enquanto profissional responsável e consciente, deverá adquirir conhecimentos que lhe permitam fornecer este tipo de apoio baseado em saberes específicos desta área, devendo assim ter uma formação contínua a este nível de forma a otimizar o seu nível de competências (Department of Health Government of Western Australia, 2006; APF, 2008).

A APA, bem como outras Associações de Fisioterapia, preconizam a utilização de diretrizes para delinear as opções de cuidados e para conduzir/guiarem a progressão dos mesmos. Estas diretrizes assistem na definição de standards de cuidado baseados na evidência científica da nossa prática, resultante de uma avaliação sistemática e científica dos tratamentos/intervenções utilizados com base em respeitadas metodologias de pesquisa (Polden & Mantle, 1990 ; Department of Health Government of Western Australia, 2006).

Cada vez mais, as mulheres necessitam de uma orientação fidedigna acerca das opções de cuidado e todos os profissionais de saúde podem e devem ter um papel preponderante e crucial em fornecer esta orientação (Department of Health Government of Western Australia, 2006).

A integração do estagiário durante estas sessões teve de ser fracionada, à medida que as aulas iam decorrendo, a inclusão foi gradual. Tendo em consideração que estas aulas decorrem num contexto da prática privada e foram adquiridas pelas utentes para serem ministradas pela Fisioterapeuta Fátima Sancho, a intervenção do estagiário foi sendo pontual ao longo das sessões, em temáticas específicas. Dessa forma, numa fase inicial o desempenho decorreu com a preparação teórica de aulas, investigação e levantamento de bibliografia das temáticas a abordar na aula, levantamento das dúvidas ao longo das sessões e procura de informação de forma a aprofundar conhecimentos, assim como para discussão com a tutora (construção do diário de sessão). Posteriormente, construção de informação que pudesse ser facultada aos utentes,

levantamento das questões colocadas pelas utentes e respetivas formas de solução e planeamento de temáticas a ministrar nas sessões, com o suporte da tutora. Numa fase final das preparações efetuadas, decorreu uma intervenção tutelada junto das populações (grávidas, bebés e mães) em diversas sessões e grupos e temáticas.

Na continuidade da aprendizagem efetuada no estágio, de forma a permitir a aplicabilidade dos ganhos efetuados durante este período tutorial, foi desenvolvido um projeto e o mesmo foi operacionalizado na clínica onde é desenvolvida a prática clínica.

#### 4.3 Registo 3 utentes

<b>Ficha de avaliação I</b>
-----------------------------

Nome: P. T.                      Idade: 30 anos                      Data: 03.01.2012

Profissão: Designer

Fisioterapeuta: Joana Miranda

Motivo do pedido de intervenção: Dor e limitação funcional do punho

Diagnóstico médico: Tendinite Quervain's punho direito

<b>Exame e recolha de dados</b>
---------------------------------

História atual: Uteuue iniciou as suas queixas na face lateral externa do punho no decorrer do pós parto. Desde à um mês que a dor tem vindo a aumentar a sua intensidade, associada ao aparecimento de edema localizado. Dor agudiza com movimento do polegar, principalmente ao executar as tarefas de cuidadora do seu bebé.

História anterior: Uteuue era uma jovem saudável sem antecedentes. Durante a gravidez não teve qualquer sintomatologia.

Fatores ambientais e pessoais: Recém mãe de um bebé, com pouca ajuda externa para colaborar nas atividades de cuidado do seu bebe. Pai da criança pouco colaborante (fase inicial) e bebé tranquiliza preferencialmente com colo da mãe. Acaba por ser a cuidadora quase exclusiva deste bebé durante 24h.

Limitações da atividade referidas pela utente: Pegar no bebé ao colo, banho bebé, amamentar, adormece-lo ao colo, estar ao computador (movimento rato).

Restrições da participação referidas pela utente: tempo ao computador, cuidados bebé.

Outros dados clínicos (exames complementares): inexistentes

#### Planeamento do exame físico:

- Avaliação postura durante execução dos cuidados do bebé – avaliação ergonómica, boa adaptação postural a estas novas tarefas.
- Avaliação mobilidade cervical, cintura escapular, cotovelo, punho e mão (membro superior direito) - busca de compensações posturais ou padrões de movimento antiálgicos.
- Exame inspeção da pele e alterações vasculares punho – edema? Sinais inflamatórios?
- Inspeção de edemas ou alterações perimétricas - sinais inflamatórios?
- Teste muscular estruturas envolvidas na mobilidade do punho- compromisso de força ou função?
- Avaliação mobilidade acessória cotovelo, punho, carpo e dedos – restrição da mobilidade articular? Alterações mobilidade acessória?
- Condição poderá ser reversível com a reeducação de movimento, ou uso de imobilização?
- Precauções/contraindicações: mãe no pós parto, amamentar, apesar de estar de licença de maternidade está a desempenhar algumas funções laborais em casa.
- Sinais comparáveis : comparação outro punho (tendo em conta que a utente é dextra)

#### Exame físico:

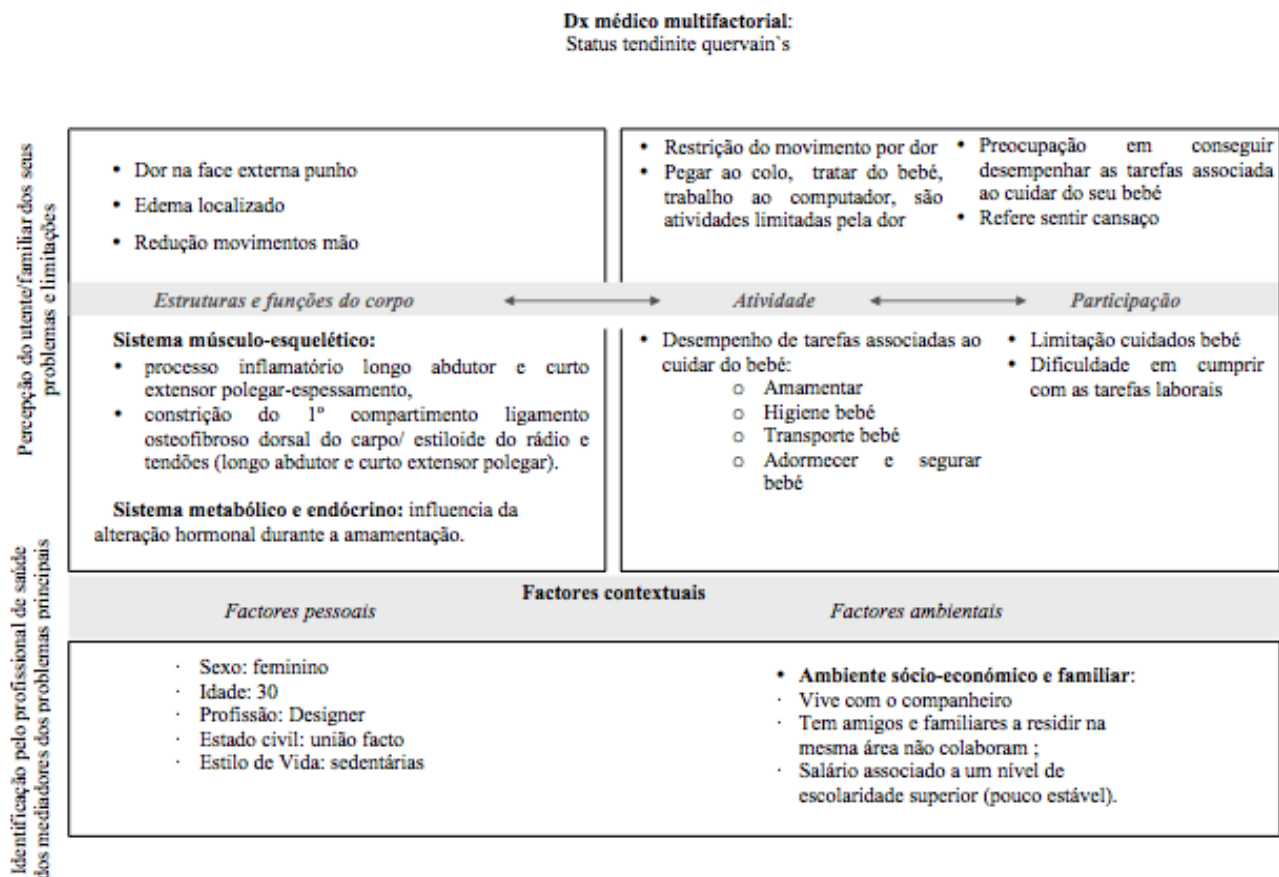
##### Observação:

- Postura: projeção anterior da cabeça, anteriorização cervical, anteriorização escapular.
- Função: uso da mão direita (em detrimento da colaboração da esquerda) tem primazia nas atividades com o bebé, tenta compensar a falta dos movimentos do punho (inibição pelo desencadear da dor) com cotovelo e ombro.
- Edema localizado visível e palpável (comparativamente outro punho).
- Dor grau 7, localizada ao longo da face externa do primeiro dedo da mão direita, início dos sintomas ocorreram no pós parto (2/3 semanas), piorando com as tarefas com o bebé que exijam apreensão ou suporte peso, e aliviando com o repouso.

#### Testes/exames:

- Teste de Finkelstein: positivo
- Acessórios: avaliação comprometida por dor localizada base 1º metacarpo.
- Teste muscular: comprometido por dor

## Processo de diagnóstico em fisioterapia



Diagnóstico: limitações nas atividades dependentes da ação da mão direita, principalmente as implicam extensão e abdução do polegar, por dor e limitação funcional punho direito.

Prognóstico: após intervenção da fisioterapia a nível individual durante 4 sessões, diminuição da dor grau 7 (EVA) para grau 0 (EVA) ao desempenhar os cuidados do bebé, recuperando a sua funcionalidade.

## Objetivos da intervenção

Curto prazo (4 semanas) :

- Mudança de atitude após a primeira sessão: repouso, diminuição movimentos repetidos, tentativa de utilização da mão esquerda em primazia e uso de imobilização seletiva.
- Diminuir o processo inflamatório ao fim das 3 primeiras sessões (2 semanas): diminuição sinais edema e grau da dor.
- Educação e promoção de bem estar nos cuidados do bebé e tarefas, após a primeira sessão: educação postural, ergonómica, ensino uso imobilização corretamente.

- Usar de forma ergonômica e moderadamente o rato do computador ao longo das primeiras 4 sessões de tratamento.

Longo prazo:

- Eliminação da dor .
- Conseguir cuidar do seu bebê sem desencadear qualquer tipo de constrangimento a nível do punho no final das sessões de pós parto.
- Conseguir voltar às suas tarefas ao computador sem dor após a intervenção da fisioterapia.
- Conseguir fazer manutenção através da prática de exercícios em classe ou no domicílio.
- Conseguir eliminar o uso da imobilização ao finalizar da amamentação.

<b>Plano de intervenção</b>
-----------------------------

Nas primeiras 4 sessões a utente foi incentivada a efetuar repouso do membro, com objetivo de diminuir o numero de tarefas a efetuar com a mão, ou a substituir pela oposta. Foi colocada a imobilização e transmitida informação acerca da importância do uso desta durante o dia, principalmente nas tarefas do dia-a-dia. Optou-se por uma tala amovível tendo em conta as tarefas com bebé, banhos e higiene.

Foi aplicado gelo durante 10 minutos em cada sessão, explicando à utente a importância da aplicação de crioterapia também ao longo do seu dia.

Efetuuou-se drenagem manual do edema, promovendo a melhoria do retorno na área edemaciada. Durante a sessão, todo o discurso do fisioterapeuta incidiu na educação e ensino de posturas de proteção da mão, assim como alternativas para evitar atividades desencadeantes de sobrecarga de ação do longo abdutor e curto extensor do polegar direito.

Procedeu-se ao alongamento do longo abdutor e curto extensor assim de como de toda a fáscia, estimulando para que a utente possa repetir a mesma ação ao longo do seu dia, com a ressalva de alongar apenas até ao início da dor.

Durante as sessões de pós parto e posteriormente: o objetivo seria retomar a utilização normal da mão nas tarefas do dia a dia, mantendo os alongamento até ao início da dor, o fortalecimento muscular, reeducando e reforçando a estabilidade do punho. Aplicação de anti-inflamatórios físicos locais, sempre que estes sinais possam reincidir.

## Resultados

Após a primeira intervenção ocorreu uma melhoria significativa, o edema diminuiu e a dor diminuíram para um grau 5. Ao longo das intervenções individuais ocorreu melhoria do grau de dor e edema, mas as melhorias não foram tão significativas para a utente, como na primeira semana. A utente admitiu não usar sempre a imobilização seletiva, assim como respeitar os pedidos em termos de cuidados que lhe foram transmitidos. No final das intervenções individuais apresentava uma ligeira alteração do contorno, não existindo edema. O grau de dor estava entre um 2/3 (EVA) quando solicitava ação do polegar, e grau 0 (EVA) ao longo do dia e noite.

## Ficha de avaliação II

Nome: A. M. F.      Profissão: Bancária      Data: 15.12. 2011  
Idade: 30 anos      Altura: 1,57      Peso anterior: 50kg      Peso atual: 57,8Kg      IMC: 23,5  
Fisioterapeuta: Fátima Sancho e Joana Miranda  
Motivo do pedido de intervenção: Integração classe pós o parto  
Diagnóstico médico: Status pós parto

## Exame e recolha de dados

História atual: A 15 de dezembro, 4 semanas após o parto a utente apresenta dor a nível da incisão da cesariana, encontra-se cansada relacionando com a adaptação às rotinas de sono do bebé (“dorme mais durante o dia e de noite passa maiores períodos acordado”) e com os mamilos doridos com algumas gretas.

História anterior: Utente era uma jovem saudável sem antecedentes, durante a gravidez não teve qualquer queixa. O parto foi induzido a 21 de Novembro num hospital privado, por opção às 38 semanas, com usufruto de epidural. O pai esteve presente numa fase inicial, e sempre que possível. Assim que o bebé nasceu (3500 gramas, Apgar 9/10) permaneceu junto da mãe, mas não mamou logo de seguida (tomou suplemento na primeira amamentação). Com o apoio da enfermagem iniciou a alimentação com leite materno na 2ª mamada, que se manteve em exclusividade até à data da avaliação.

Fatores ambientais e pessoais: recém mãe de um bebé, pai colaborante nas atividades de cuidado do seu bebé, durante os primeiros tempos (licença). Atualmente, é a cuidadora quase exclusiva do bebé, uma vez que o pai está a trabalhar.



Limitações da atividade referidas pela utente: mudanças de posição sentada-deitada-levantar  
pegar no bebé ao colo, banho bebé, amamentar, adormecê-lo ao colo.

Restrições da participação referidas pela utente: cuidados bebé e tarefas de casa.

Outros dados clínicos (exames complementares): inexistentes

<b>Planeamento do exame físico</b>
------------------------------------

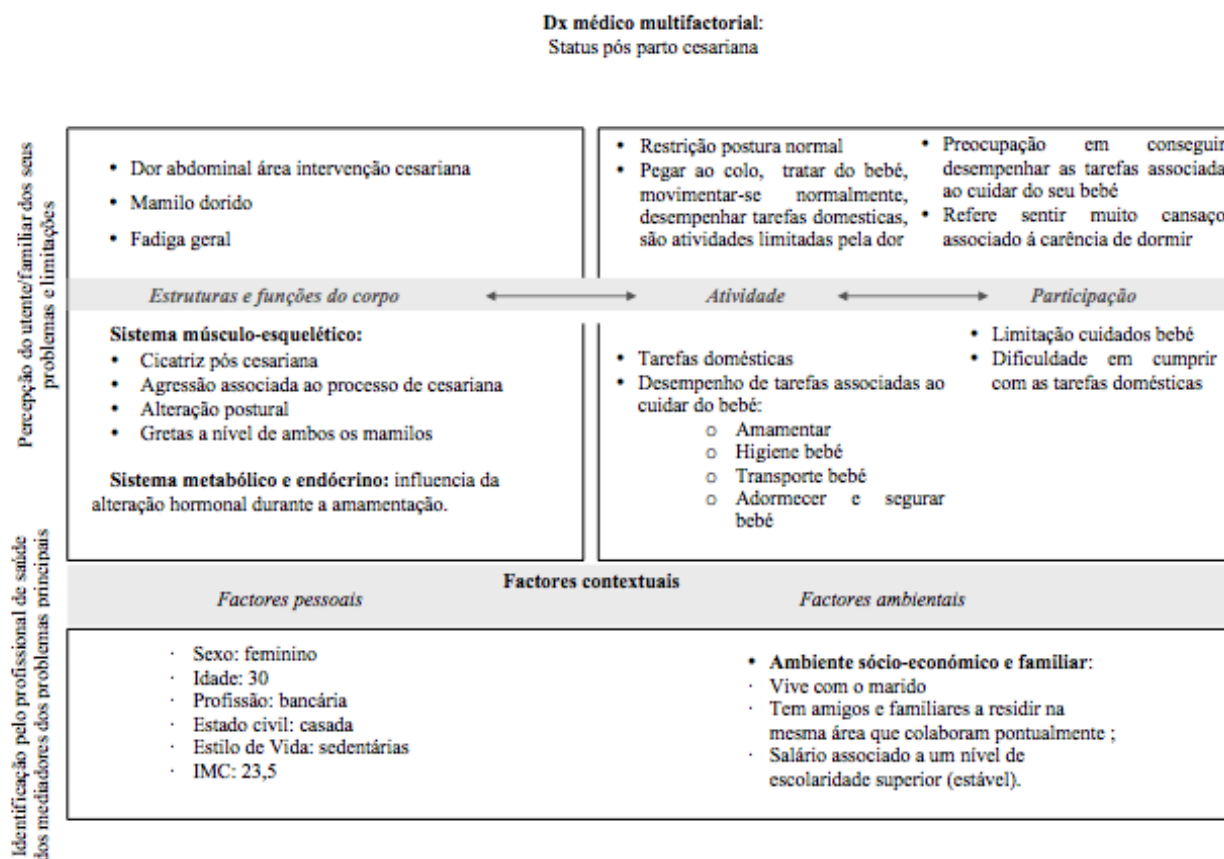
Para caracterização da dor a nível abdominal avaliou-se a cicatriz da cesariana que se encontra com bom aspeto, sem coloide e sem sinais inflamatórios. Procedeu-se á avaliação da função respiratória, mantém um padrão diafragmática alterado por inibição com medo de desencadear dor. Posturalmente, a utente encontra-se em flexão do tronco, assume essa postura desde o parto, fá-lo para se proteger da sensação de estiramento da cicatriz e para se proteger durante as atividade em que solicita contração abdominal. Tendo em conta que a cesariana é um processo cirúrgico invasivo, è possível que num pós parto se mantenham sintomas associados a essa mesma invasão. A avaliação da postura é fundamental para despistar posturas antiálgicas assumidas inconscientemente no pós parto, como defesa da dor desencadeada pela sutura e processo pós cesariana.

Considerando que a maioria dos sintomas álgicos na mama são desencadeados por uma pega incorreta, também o processo de amamentação, assim como a pega que o bebé executa foram avaliadas. O bebé encontrava-se a fazer uma pega na região do mamilo, assim como o posicionamento de mãe e bebé não se encontrava ajustado.

Avaliação e caracterização da dor (EVA), do períneo, sexualidade e planeamento familiar, hábitos de sono e de comportamento do bebé ao longo do dia e noite, também são elementos que foram avaliados, e incluídos na entrevista efetuada no primeiro encontro.

A utente caracterizou a dor abdominal como grau 4 na escala EVA e o desconforto nos mamilos como grau 5 no escala EVA.

## Processo de diagnóstico em fisioterapia



Diagnóstico: incapacidade funcional temporária para realizar as atividades diárias e cuidar do bebé, devido a dor a nível abdominal de grau 4. Desconforto no processo de amamentação devido a existência de gretas, associado a uma pega incorreta na mama, que se traduzem numa dor classificada de grau 5. Nem todos os problemas identificados anteriormente se traduzem no diagnóstico funcional, uma vez que este apenas comporta os problemas para os quais a intervenção física é direcionada. Contudo salienta-se também a diminuição da participação social, a fadiga associada aos hábitos de sono e adaptação às rotinas com o bebé como limitações para o bem-estar da mãe.

Prognóstico: neste caso está dependente de muitas variáveis como o contexto social, familiar e emocional. Dessa forma não é possível prever a magnitude do efeito de uma intervenção, apenas acordar com a utente quais os objetivos que vão de acordo às suas necessidades, para promover melhor qualidade de vida. Após intervenção da fisioterapia a nível individual e em classe nas 12 sessões de pós parto, espera-se que o grau de dor diminua (para 0), o nível de fadiga diminua e que a mãe consiga desempenhar as suas tarefas sem queixas.

## **Objetivos da intervenção**

Curto prazo (primeira semana):

- Mudança de atitude após a primeira sessão: amamentação, posturas, educação para adotar filosofia de repouso quando o bebé também repousa.
- Educação e promoção de bem estar nos cuidados do bebé após a primeira sessão: educação postural e ergonómica, ensino do uso da almofada amamentação corretamente.
- Ensino de uma pega correta e de alternativas para proteção do mamilo e diminuição das gretas.
- Promover integração do marido e familiares no processo de cuidar do bebé e nas tarefas domésticas.
- Aumentar o conhecimento da utente sobre a importância de uma boa postura no pós parto e malefícios das posturas antálgicas.

Longo prazo (sessões pós parto):

- Manutenção dos ganhos adquiridos.
- Resolução de outras eventuais problemáticas que possam surgir nesta fase de pós parto.
- Incentivar a prática de rotinas que contribuam para o aumento da mobilidade e da participação social.

## **Plano de Intervenção**

Na primeira sessão a 15 Dezembro, á medida que decorria a entrevista e eram detetados problemáticas, o fisioterapeuta procedia á sua respetiva avaliação e correção. Foi efetuado um ajuste na pega durante amamentação, o bebé encontrava-se a fazer uma pega superficial, sobre o mamilo sendo necessário estimular uma pega na aurela. Foi efetuado novamente reforço sobre os cuidados com as mamas durante a amamentação (reforço dos cuidados do mamilo, soutien, higiene, massagem).

Foi facultada informação acerca das vantagens das diferentes posturas de amamentação, assim como sobre as rotinas de repouso mãe e bebé, promovendo a melhoria do bem estar associado à postura durante estes processos.

Após a avaliação da cicatriz foi incentivada a mobilizar os tecidos e a efetuar massagem dessensitização.

A mãe foi estimulada a executar um padrão de respiração diafragmática melhorado.

Também foram ensinadas posturas de consciencialização corporal e autocorreção. Incentivada a contrariar a postura de flexão do tronco (postura antiálgica assumida pós cesariana).

Durante as seguintes 12 sessões em classe de pós parto, para além dos procedimentos normais para uma classe desta tipologia, procedeu-se á vigilância da pega, assim como do processo de amamentação e respetivos resultados.

Durante o decorrer das sessões de pós parto para além das temáticas abordadas, ocorreu especial atenção para as problemáticas levantadas pela mãe na primeira avaliação, certificando que esta conseguiu resolve-las e fazer a sua correta manutenção.

## **Resultados**

No final da primeira semana a sintomatologia associada ao tipo de pega tinha desaparecido assim como as gretas (grau 0 EVA). A postura da mãe melhorou ao final das primeiras 4 semanas, a mãe adquiriu a extensão normal para a sua postura, assim como as queixas associadas á dor abdominal diminuíram para grau 1 (EVA). A fadiga e outras problemáticas como rituais de sono do bebé, dermite seborreica, cólicas, dermatite atópica que surgiram durante as sessões pós parto em classe, a seu tempo, mereceram a devida avaliação e intervenção do fisioterapeuta. Foram facultadas muitas recomendações e sugestões relativas a diversas abordagens para os problemas apresentados pelos bebés, que passaram pela sugestão de mudança de produtos e equipamentos utilizados, encaminhamento para outros profissionais especializados em determinada área como por exemplo dermatologista.

## **Ficha de Avaliação III**

Nome: XXX                      Idade: 32 anos

Profissão: Socióloga (desde o início da gravidez no desemprego)

Fisioterapeuta: Joana Miranda

Médico assistente: Virgínia Monteiro

Motivo do pedido de intervenção: Parestesias distais bilateralmente nos membros superiores

Diagnóstico médico: Síndrome túnel cárpico

História anterior: Utente saudável apenas com antecedentes a nível postural e lombociatalgia (hérnia L5-S1). Tem indicação cirúrgica para redução da mama 1 ano após a gravidez, com o objetivo de melhorar a postura. Na primeira gravidez não sofreu dos mesmos sintomas.

História atual: Grávida de 16 semanas, do seu segundo filho. Desde o início da gravidez que iniciou um quadro parestesias nas mãos. Com o evoluir da gestação estes sintomas aumentaram a frequência e intensidade.

Fatores ambientais e pessoais: é mãe de uma menina com 4 anos, sendo responsável neste momento por todas as tarefas associadas ao cuidado da filha, assim como tarefas domésticas.

Limitações da atividade referidas pela utente: impossibilidade de dormir de forma continuada uma noite, sem acordar com parestesias nas mãos (5 a 8 vezes noite). As parestesias também são desencadeadas ao executar movimentos de passar a ferro ou uso do rato do computador por período prolongado.

Restrições da participação referidas pela utente: impossibilidade de dormir uma noite de seguida sem acordar com parestesias, quantidade de tempo ao computador assim como as tarefas domésticas e cuidados filha.

Outros dados clínicos (exames complementares): inexistentes

Planeamento do exame físico:

- Avaliação postura estática e dinâmica.
- Avaliação mobilidade cervical, cintura escapular, cotovelo, punho e mão.
- Avaliação posturas ao executar tarefas que desencadeiam sintomas
- Testes mobilidade nervosa periférica
- Inspeção de alterações ou compromissos vascular
- Avaliação muscular cintura escapular
- Avaliação do soutien utilizado
- Exame inspeção da pele e alterações vasculares punho – edema? Sinais inflamatórios?

Exame físico:

Observação:

- Postura: projeção anterior da cabeça, anteriorização cervical, anteriorização escapular.
- Função: adaptada a execução de todas as tarefas na atual postura, sem compensações.

Testes/exames:

- Acessórios: a avaliação compromisso da mobilidade cervical acessória encontrava-se sem alterações, apresenta diminuição da mobilidade PA C6-C7. Primeira costela com mobilidade acessória bilateralmente diminuta. Preserva amplitudes funcionais no ombro, cotovelo e punho.
- Teste muscular funcional: aumento do trofismo dos extensores cervicais (trapézio e escalenos). Musculatura da cintura escapular, cotovelo, punho e mão sem alterações.
- Testes circulatórios: Allen, Adson, verificação edema e pulso negativos. Coloração e temperatura das extremidades semelhante e homogênea.
- Reflexos mantidos, sem alterações sensoriais.
- Teste Tinel negativo e phalen positivo.

<b>Processo de diagnóstico em fisioterapia</b>
--

Principais problemas	Restrição da participação: realização das tarefas domésticas, qualidade de vida através do repouso – noites dormidas, só consegue dormir em decúbito dorsal.
	Limitações na atividade funcional: dormir, passar a ferro, estar ao computador.
	Alterações da estrutura e função: anteriorização cabeça, retificação da lordose cervical, grande tensão a nível trapézio e escalenos, aumento volume mamário, cifose dorsal aumentada.
Problemas potenciais: tensão neural alterada, tônus muscular aumentado no extensores cervicais, estabilizadores omoplata, compromisso vascular por aumento tonicidade membro.	

Diagnóstico: limitação da qualidade do sono por parestesias nos membros superiores a nível distal, com maior incidência durante a noite, incômodas e impeditivas de dormir em decúbito lateral.

Prognóstico: após intervenção o primeiro mês de intervenção de fisioterapia pretende-se uma diminuição da intensidade e frequência da sintomatologia, melhorando os períodos de repouso durante a noite.

## Objetivos da intervenção

Curto prazo:

- Mudança de atitude após a primeira sessão: melhoria da postura, melhor adaptação do soutien, implementação de rituais de auto alongamento ao longo do dia.
- Diminuir a frequência assim como a intensidade das parestesias, melhorando o período de descanso durante a noite.
- Educação e promoção de bem estar nos cuidados com a sua filha após a primeira sessão: educação postural, ergonómica.
- Integração de exercícios de consciencialização corporal ao longo do dia

Longo prazo:

- Conseguir cuidar do seu futuro bebé e da filha de 4 anos, sem desencadear qualquer tipo de constrangimento a nível de parestesias, no final das sessões de exercício na gravidez.
- Conseguir fazer manutenção através da prática de exercícios em classe ou no domicílio.
- Conseguir dormir uma noite completa sem acordar devido às parestesias, ao fim do primeiro mês de intervenção.

## Plano de tratamento

A principal intervenção do fisioterapeuta prende-se com a educação da utente para execução das tarefas do dia-a-dia, protegendo a ação da mão direita; assim como na execução dos exercícios prescritos, ao longo do seu dia. Nas sessões de exercício promove-se a mobilização nervosa periférica ativa, educa-se para criação melhoria da postura e criação de rotinas de alongamento ao longo do dia.

Também a estabilização ativa da cintura escapular é estimulada, no sentido de reposicionamento e melhoria do padrão de ativação do membro superior. A longo prazo o pretendido é a reeducação postural prolongada no tempo, no entanto tendo em contra o processo transitório de gravidez, será um processo gradual, a continuar no pós parto.

## Resultados

Ao longo das 3 primeiras semanas de intervenção (classe de exercício 2 vezes por semana) as queixas durante a noite começaram a melhorar. Começou a acordar cada vez menos vezes

durante a noite. Esses mesmos resultados levaram a utente a ficar entusiasmada e aumentar a frequência das suas tarefas de auto alongamentos ao longo do dia.

Ao fim de 5 semanas deixou de acordar durante a noite com parestesias, assim como sentir parestesias nas tarefas domésticas. Manteve-se sem sintomatologia até à quinta semana de pós parto (data da última avaliação).

#### 4.4 Apresentação de 3 CAT

**Análise crítica I** : “*An exercise and education Program improves well-being of new mothers*”

*RCT THERAPY STUDY: Are the results of the trial valid? (Internal Validity)*

***What question did the study ask?*** Será que um modelo de programa presencial pós parto baseado em prática de exercício (Programa de grupo, PG) e de partilha de informação sobre educação parental permitirá que as recém mães tenham melhores resultados a nível físico, bem estar e depressão pós parto, comparativamente com mães que apenas recebem a mesma informação em suporte de papel (Programa educacional, PE)

*Patients* – mães no pós parto, do hospital *The Angliss*, primíparas ou múltíparas que dominam oralidade em inglês.

*Intervention* – 8 semanas de aulas práticas, que incluem exercícios específicos combinados com educação parental, ministrados por fisioterapeutas especializadas em saúde da mulher.

*Comparison* – Bem-estar psicológico através da escala “ *Positive affect balance*”, sintomas depressivos através da escala “*Edinburgh Postnatal Depression*” e níveis de atividade física.

*Outcome(s)* – Foram encontrados resultados positivos, quanto ao bem estar e sintomas depressivos, durante o período em que decorreu o programa (8 semanas). Após o término do programa os resultados foram mantidos mais 4 semanas.

Após as 8 semanas de intervenção, foi possível diminuir o risco de depressão pós parto em 50% no grupo experimental, enquanto no grupo de controlo a percentagem de risco manteve-se.



---

***1a. R- Was the assignment of patients to treatments randomised?***

---

***This paper:*** Sim

***Comment:*** As mulheres foram distribuídas aleatoriamente para qualquer um dos grupos através de uma lista de números aleatórios, gerada por um computador. A distribuição por paridade/grupo foi gerida por um dos pesquisadores e estratificada em grupos de 16 participantes.

De forma a que o pesquisador não influenciasse o estudo, a distribuição pelos grupos foi efetuada colocando o nome dos pacientes em envelopes opacos, numerados e selados, que foram posteriormente abertos pelo terapeuta que orientava o PG.

---

***1b. R- Were the groups similar at the start of the trial?***

---

***This paper:*** Sim

***Comment:*** Em termos de numero total, eram 62 no grupo M&B e 73 no grupo sem intervenção prática.  $P < 0,5$

---

***2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally?***

---

***This paper:*** Não

***Comment:*** As utentes não foram tratados da mesma forma pois o estudo implicava essa diferença.

---

***2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised?***

---

***This paper:*** Não

***Comment:*** Existiram perdas durante o estudo, no entanto não foram relevantes, 3,7%. Grupo experimental 2 mães e grupo controle 3.

---

***3. M - Were measures objective or were the patients and clinicians kept “blind” to which treatment was being received?***

---

***This paper:*** Não

***Comment:*** Devido à tipologia da intervenção é impossível os intervenientes serem cegos.

---

***What were the results?***

---

### ***1. How large was the treatment effect?***

---

Na primeira avaliação dos dois grupos o grupo experimental apresentava um risco de depressão de 22% e 16% no grupo controle. Após as 8 semanas de intervenção o grupo experimental reduziu o risco de depressão para 11% enquanto que o grupo de controle manteve a mesma percentagem. Ou seja o grupo de controle reduziu 50% o seu risco de depressão.

Quanto á atividade física não foram encontrados dados significativos entre os dois grupos nem antes do inicio dos programas, nem depois.

<b><i>What is the measure?</i></b>	<b><i>What does it mean?</i></b>
Risco de depressão pós parto em percentagem (RDPP) Antes iniciar o estudo: RDPP Grupo experimental = 22% RDPP Grupo controle= 16% Após 8 semanas: RDPP Grupo experimental = 11% RDPP Grupo control= 16%	O fato de o risco de depressão pós parto no grupo experimental ter diminuído 50% em 8 semanas enquanto no grupo controle não sofreu alteração permite induzir que a probabilidade de estas mulheres passarem por uma situação de depressão no período após o parto tendo efectuado o programa M&B poderá diminuir essa probabilidade de risco em 50%.

---

### ***2. How precise was the estimate of the treatment effect?***

---

Em todas as escalas aplicadas ás 0, 8 e 12 semanas após a análise com ancova, podemos referir que existe significância nos resultados obtidos em ambos os grupos quanto á idade e paridade.

Quanto á escala de avaliação psicológica (positive effect balance), assim como significância ás 8 semanas de intervenção existia significância

---

### ***Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)***

---

*The questions that you should ask before you decide to apply the results of the study to your patient are:*

- *Is my patient so different to those in the study that the results cannot apply?*

O estudo apresentado pode ser perfeitamente reproduzido para a população portuguesa. A realidade da população inglesa é diferente da portuguesa no entanto a tipologia de programa estudado aplica-se ao conceito defendido em Portugal pela intervenção dos fisioterapeutas no pós parto.

- *Is the treatment feasible in my setting?*

Sim, este programa enquadra-se perfeitamente na prática clínica que a APF/GIFSM define para a intervenção da fisioterapia na saúde da mulher em Portugal. A partir do momento em que o fisioterapeuta na saúde da mulher tem formação em prescrição de exercício para esta população (pós parto) e domina os conteúdos de um programa de pós parto, pode perfeitamente integrar esta tipologia de programa. Na minha prática clínica em fase inicial é esta a tipologia do programa que estou a implementar na minha clínica.

- *Will the potential benefits of treatment outweigh the potential harms of treatment for my patient?*

Tendo em conta os benefícios na diminuição do risco de depressão pós parto encontrados neste estudo, o *feedback* encontrado para quem já trabalha com este modelo de intervenção é de potenciais benefícios ainda maiores. As utentes vão referindo outros pontos com os quais referem beneficiar, os quais poderão ser levantados em futuros estudos. Enquanto fisioterapeuta, nesta tipologia de intervenção de programas mista de prática de exercício e educação parental, penso que não decorrerem perdas para as utentes comparativamente com modelos isolados (só exercício ou só educação), apenas benefícios. Tendo em conta os aspetos apontados para desistência das utentes deste tipo de programas, o único ponto menos positivo será a deslocação à clínica, no entanto tendo em conta que o objetivo destes programas é decorrer na área de residência e que nesta fase as mães ainda se encontram de licença de maternidade, não será um ponto a pesar.

**Análise crítica II:** *“Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy?”*

***RCT THERAPY STUDY: Are the results of the trial valid? (Internal Validity)***

***What question did the study ask?*** Será que treino de contração dos músculos do pavimento pélvico numa classe de *fitness* pode prevenir/tratar incontinência urinária durante a gravidez e 6 semanas pós o parto?

***Patients*** – 105 grávidas saudáveis, sedentárias, primíparas que entendem instruções escritas e orais em norueguês.

*Intervention* – 12 semanas de treino bissemanal, com a duração de uma hora. Treino incluí exercícios específicos de contração MPP (3 séries de 12 contrações) combinados com exercícios aeróbicos de baixo impacto. O programa de exercício foi coreografado e ministrados por instrutor certificado, que recebeu instrução de como efetuar um treino do pavimento pélvico dada por um fisioterapeutas especializadas em saúde da mulher.

*Comparison* – Incontinência urinaria, flatos e incontinência fecal antes de começar a intervenção (entre as 12 e 24 semanas), depois da intervenção (entre as 36 e 38 semanas de gravidez) e 6/8 semanas após o parto. Sintomas foram avaliados através do questionário “Severity Index” e “International consultation of incontinence Questionnaire urinary incontinence short form”.

*Outcome(s)* – Não existiram resultados significativos entre o grupo de control e o experimental, nem durante a gravidez nem 6 após o parto.

---

***1a. R- Was the assignment of patients to treatments randomised?***

---

***This paper:*** Sim

***Comment:*** A distribuição foi efetuada de forma aleatória por meio de um *software*. De forma a garantir a aleatorização, o aviso às utentes para inteirarem o grupo de controle ou experimental foi efetuado por uma secretaria externa ao estudo.

Foi pedido às participantes para não revelarem o seu grupo durante a entrevista com o investigador. O investigador não estava envolvido no treino do grupo experimental e estava cego durante a recolha dos dados (quanto á distribuição das utentes).

---

***1b. R- Were the groups similar at the start of the trial?***

---

<i>What is best?</i>	<i>Where do I find the information?</i>
105 Grávidas Grupo controle = 52 grávidas Grupo experimental = 53 grávidas  Prevalência de incontinência + flatos Grupo controle = 26% Grupo experimental = 24%	Variáveis base entre os dois grupos são semelhantes, não existindo diferenças significativas entre eles (idade, semanas de gravidez, IMC...). Perdas foram semelhantes em ambos os grupos.  A prevalência de incontinência ou flatos anteriormente à intervenção não tem uma diferença estatística significativa entre grupos.

***This paper:*** Sim

***Comment:*** Não existe diferenças significativas entre grupos.

---

***2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally?***

---

---

***This paper:*** Não

***Comment:*** As utentes não foram tratadas da mesma forma, pois o estudo implicava essa diferença e distintas abordagens.

---

***2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised?***

<i>What is best?</i>	<i>Where do I find the information?</i>
Perdas durante estudo: Grupo controle = $10/52 = 19\%$ Grupo experimental = $11/53 = 21\%$	Esquema de distribuição nos dois grupos.

***This paper:*** Sim

***Comment:*** Existiram perdas durante o estudo, no entanto não foram relevantes, ambas cerca dos 20%.

---

***3. M - Were measures objective or were the patients and clinicians kept “blind” to which treatment was being received?***

***This paper:*** Sim

***Comment:*** O investigador tanto na entrevista como no tratamento da informação esteve cego, mas as utentes não.

---

***What were the results?***

***3. How large was the treatment effect?***

Na primeira avaliação dos dois grupos o grupo experimental apresentava uma prevalência de incontinência e flatos de 24% e 26% no grupo controle. Após as 12 semanas de intervenção e para e pós parto, o estudo não apresenta os resultados em percentagens.

<i>What is the measure?</i>	<i>What does it mean?</i>		
Número de pacientes com incontinência e flatos.	Semanas	Grupo Experimental	Grupo Control
	17,7 semanas Gravidez	14	11
	36,6 semanas Gravidez	9	7
	7,7 semanas pós parto	5	6

***4. How precise was the estimate of the treatment effect?***

A estatística utilizada foi precisa, mas sem significância tendo em conta os resultados obtidos.

---

***Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)***

Apesar do resultado do estudo não ser significativo, de não ser possível concluir ou pelo menos responder á questão inicial que foi colocada, a forma como foi construído o estudo, ou o plano de intervenção tem uma base científica já validada. Dessa forma apesar de não poder saber se a

prática de exercícios de FMPP efetuados numa classe de *fitness*, influencia/trata/previne incontinência urinária ou não, as bases científicas que o estudo utilizou são úteis para aplicação na intervenção com utentes.

*The questions that you should ask before you decide to apply the results of the study to your patient are:*

- *Is my patient so different to those in the study that the results cannot apply?*

O modelo de intervenção do pós parto defendida atualmente pela APF, não permite aceder a esta população de grávidas tão precocemente em termos de idade gestacional. A intervenção do fisioterapeuta ocorre mais tardiamente, do que as 17 semanas proposto neste estudo. Em termos de variáveis encontradas nesta amostra, podemos referir que são muito semelhantes às encontradas na população durante o estágio.

- *Is the treatment feasible in my setting?*

Tendo em conta a formação base dos fisioterapeutas especialistas na saúde da mulher, esta tipologia de intervenção poderia enquadrar-se perfeitamente, uma vez que já possuem formação em prescrição de exercício nesta população. Apesar da falta de evidência que prove a viabilidade deste formato de plano de intervenção construído (treino *fitness*+TMPP), as bases que o sustentam já há muito que provaram resultados. Tendo em conta que: os protocolos utilizados neste estudo a nível da intervenção dos Músculos do Pavimento Pélvico estão comprovados cientificamente (K. Bo, 2003), assim como é sabido que o treino do Pavimento Pélvico é eficaz na prevenção e redução da perda de urina (Hay-Smith, 2008) e também a prática de exercício físico aeróbio em grávidas saudáveis é defendida e recomendada pelas *guidelines* do American College of Obstetricians and Gynecologists; este tipo de intervenção poderá vir a demonstrar resultados num estudo melhor conseguido em termos de aplicabilidade e avaliação, assim como numa amostra maior. Dessa forma individualmente os procedimentos relatados podem/devem ser aplicados na nossa realidade clínica pois a evidência já o justifica, cabe aos fisioterapeutas produzirem maior número de estudos que possam demonstrar/justificar aplicabilidade de exercícios combinados na nossa área de intervenção.

- *Will the potential benefits of treatment outweigh the potential harms of treatment for my patient?*

No presente estudo não foram identificados nenhuns danos para as utentes associados a esta tipologia de intervenção.

Sabendo de antemão que a prática de exercício específico na gravidez assim como os exercícios para o MPP isoladamente produzem benefícios para a saúde da mulher, com o tempo encontraram os maior numero de artigos que possam suportar estas tipologias de intervenção.

**Análise crítica III:** “A *randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a pilates exercise program for improving pelvic muscle strength*”.

***RCT III THERAPY STUDY: Are the results of the trial valid? (Internal Validity)***

***What question did the study ask?*** Será que exercícios de pilates permitiram um fortalecimento do pavimento pélvico similar aos exercícios do pavimento pélvico “Kegel”?

***Patients*** – 62 mulheres com mais de 18 anos, não grávidas, sem disfunção, sem experiencia com pilates ou exercícios para pavimento pélvico, capazes de perceber comandos verbais e sem prolapso ou protusão.

***Intervention*** – 12 semanas de treino bissemanal (24 treinos), com a duração de uma hora. Um dos grupos de 30 mulheres efetuaram treino de pilates standard para 12 semanas, enquanto que as restantes 32 efetuaram um programa de contração dos músculos do pavimento pélvico.

***Comparison*** – Antes e pós intervenção as utentes foram sujeitas a um teste de perineometria de forma a avaliar a musculatura do períneo. Os sintomas de disfunção foram avaliados através do preenchimento de um questionário de distress PFDI-20 e o impacto na qualidade de vida através do questionário PFIQ-7.

***Outcome(s)*** – Ambos os grupos obtiveram melhores resultados na perineometria após a intervenção. Comparando a primeira avaliação com PFDI-20 e PFIQ-7 com a segunda, pós intervenção, existiram melhorias em ambos os grupos.

<b><i>1a. R- Was the assignment of patients to treatments <u>randomised</u>?</i></b>	
<b><i>This paper:</i></b> Sim	
<b><i>Comment:</i></b> A distribuição foi efetuada de forma aleatória por meio de criação de sequências que foram colocadas em envelopes selados.	
<b><i>1b. R- Were the groups similar at the start of the trial?</i></b>	
62 utentes Grupo Pilates = 30 Grupo treino pavimento pélvico = 32	Variáveis base entre os dois grupos são semelhantes, não existindo diferenças significativas entre eles (idade, IMC, paridade, perineometria, PDFI, PFIQ ).
<b><i>2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally?</i></b>	

<i>What is best?</i>	<i>Where do I find the information?</i>
Não descrito no artigo.	
<i>Comment:</i> As utentes não foram tratados da mesma forma, pois o estudo implicava as distintas abordagens. Umas participaram no grupo de pratica de pilates, enquanto que as outras exercícios perineais.	
<b>2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised?</b>	
<i>What is best?</i>	<i>Where do I find the information?</i>
Perdas durante estudo: Grupo pilates = 2 perdas Grupo = 8 perdas	Resultados.
<i>Comment:</i> Existiram perdas durante o estudo, no entanto não foram consideradas relevantes.	
<b>3. M - Were measures objective or were the patients and clinicians kept “blind” to which treatment was being received?</b>	
<i>What is best?</i>	<i>Where do I find the information?</i>
<i>Comment:</i> No estudo não é especificado se o investigador é cego. Apenas é feita referencia que quem aplicava as sessões não foi a mesma que efetuou a avaliação perineal.	

***What were the results?***

<b>5. How large was the treatment effect?</b>
Após a segunda avaliação, foi identificado que dentro do mesmo grupo ocorreram melhorias, no entanto quando comparando essas melhorias entre grupos os valores não são significativos.
<b>6. How precise was the estimate of the treatment effect?</b>
A estatística utilizada foi precisa, mas sem significância tendo em conta os resultados obtidos.

***Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)***

Apesar dos resultados obtidos no estudo não serem significativos, a reflexão que o estudo nos possibilita, através da análise dos procedimentos utilizados, da avaliação, e conclusões retiradas é útil para uma crítica, á pratica clínica utilizada no nosso dia-a-dia. Apesar dos resultados não nos permitirem aplicabilidade de conclusões, para a prática clínica, alertam-nos para a necessidade de apostar na investigação, procurando evidencia sobre práticas que já se utilizam.



- *The questions that you should ask before you decide to apply the results of the study to your patient are:*
- *Is my patient so different to those in the study that the results cannot apply?*

A maioria dos pacientes que procuram o fisioterapeuta na prática clínica, padecem de sintomatologia, é por esse motivo que nos procuram. Dessa forma a população utilizada neste estudo é diferente nesse aspeto (diagnostico de patologia). Por outro lado muitas das questões levantadas neste estudo podem ser transpostas para a realidade clínica, uma vez que os programas de Kegel são os que vigoram atualmente como programas com provas de resultados baseados em evidência científica.

- *Is the treatment feasible in my setting?*

A viabilidade do primeiro programa até á data é a que reúne maiores condições, tendo em conta a evidencia que se publicou até hoje acerca dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico utilizados em fisioterapia. O método de pilates, para adquirir viabilidade para aplicação na prática clínica necessitará de mais e melhores estudos, que possam provar a sua eficácia. Posteriormente se for verificada, poderá ser incluído como um método de abordagem utilizada pelos fisioterapeutas para questões associadas ao pavimento pélvico.

- *Will the potential benefits of treatment outweigh the potential harms of treatment for my patient?*

Nos estudos existentes não foram apresentados, até à data, danos aos utentes pela prática de exercício.

#### 4.5 Análise crítica da intervenção no local em função da melhor evidência disponível

A responsabilidade de cada cidadão pela sua própria saúde, só pode ser concretizada mediante o domínio de informação necessária que permita a tomada de decisões fundamentadas. Sendo a gravidez e o pós parto um momento tão privilegiado na vida de um casal, torna-se crucial obter um conhecimento concreto e personalizado, para que as decisões sejam as mais adequadas, e que esse momento seja vivido de modo tranquilo, e na sua plenitude. Sendo o fisioterapeuta detentor de um grau especialista, pós graduado ou mestre, terá a obrigação de prestar essa informação especializada aos pais, garantindo que estes terão o melhor apoio possível tendo em conta a melhor evidência existente para a intervenção nesta área.

Conhecer as pessoas e intervir de acordo com a sua cultura é primordial na atuação como

educador para a saúde. É necessário ir de encontro ao saber cultural dos grupos, na tentativa de perceber como se articulam as práticas, até porque, os diferentes grupos culturais têm costumes e sistemas complexos de crenças sobre a saúde, que é preciso analisar e aceitar para diminuir o risco de insucesso das nossas intervenções.

Tendo em conta o que o proposto pelo GIFSM, considerou-se que a prática clínica do local de estágio está perfeitamente enquadrada.

Quanto ao formato das sessões desenvolvidas no local de estágio, o modelo utilizado no estágio foi o defendido pelo GIFSM, mantendo e dando continuidade ao utilizado pela tutora. O modelo usado foi o processo de aprendizagem em grupo, onde ocorre uma interação direta entre utentes e entre utentes/educador.

Segundo uma revisão efetuada na Cochrane em 2007, os programas de educação pré-natal de preparação para o parto ou paternidade, podem ser frequentados em grupo ou individualmente, sendo que os efeitos da educação pré-natal individualizada, comparativamente com as sessões em grupo, permanecem ainda desconhecidos. Dos estudos existentes as principais conclusões foram de que a educação individualizada pré-natal é direcionada para evitar a repetição de nascimento por cesariana, não aumentando a percentagem de parto vaginal após parto de cesariana (Cochrane 2007).

No início de cada sessão é proporcionada a cada grávida/casal a possibilidade de expor as suas dúvidas, preocupações e expectativas. Cada aula é iniciada com a revisão da sessão anterior, sendo utilizada uma abordagem semi-orientada. Desta abordagem resulta um confronto de ideias e reconhecimento pelo grupo da existência de problemáticas comuns, facto que proporciona o evoluir conjunto na partilha de vivências e experiências relativas à gravidez e ao projeto de ser mãe/pai (Santos, 2007).

Durante as primeiras sessões, as duvidas estão direcionadas e concentradas sobre o momento do parto, na vivência e controlo da situação desconhecida (identificado no primeiro dia ao perguntar o que as leva a frequentar classes preparação para o nascimento). Durante o decorrer das sessões as futuras mães mostram-se muito interessadas em receber informação. Nestas sessões são usados os relatos das avós e das mulheres que já foram mães (familiares possíveis cuidadores do bebé). Estes são convidados a frequentar uma sessão de cuidados do bebé, onde partilham os testemunhos encorajadores e muito enriquecedores da experiência para o grupo, assim como são informados das atuais mudanças no que se refere a rotinas do puerpério e cuidados do bebé.

A interação entre as grávidas desenvolve-se, tornam-se atentas entre si e muito comunicativas – várias vezes interrompem a sessão para descrever o que o bebé está a fazer nesse momento. Também aqui, a existência de mulheres com contacto com outras crianças (sobrinhos,

educandos, alunos) proporciona o relato de vivências reais e desdramatiza muitas das ansiedades colocadas num ser “desconhecido”.

A possibilidade dos utentes refletirem sobre as alterações inevitáveis da dinâmica familiar torna possível o incentivo à estruturação e manutenção de redes sociais que suportem a futura tríade, implicando o pai e outros familiares, se possível, nesta reflexão. Se a grávida está sozinha é incentivada a comunicar e partilhar a informação posteriormente com o companheiro (Santos, 2007).

Observações gerais acerca da organização do curso:

Quanto a observações gerais em termos de organização do curso, as sessões tem uma duração 90 minutos, com uma frequência semanal. Os utentes usufruem de 9 sessões numa sala (existem duas disponíveis) em grupos de 4 a 16 pessoas (2 a 8 casais).

A sala é acolhedora, com material ergonómico (almofadas, colchões, bolas, cadeiras, música, iluminação) adequado em quantidade e qualidade para esta população.

Segundo Henscher (2007), a organização do curso deveria idealmente ser composta por grupos em número limite de 10/12 gestantes, respetivamente de 5 ou 6 casais, a decorrer no máximo em 14 sessões com duração de 60 minutos. A sala precisa de 2 m<sup>2</sup> por pessoa, exige-se que ela seja clara e aquecida, devendo possuir colchões, toalhas, almofadas e equipamentos em boas condições de higiene (Henscher 2007).

Cruzando a prática clínica com a bibliografia encontrada, não são possíveis conclusões duma tipologia de intervenção com evidência demonstrada, existem estudos que sugerem algumas linhas orientadoras, mas não existem estudos comparativos demonstrando, qual a melhor tipologia. É feita apenas uma recomendação do que consideram ideal.

Após experiência e reflexão, poderá ser possível referir que um número maior de casais possam diminuir a rentabilidade da aula, no sentido em que a informação possivelmente se disperse. Apesar do conteúdo das aulas, na sua maioria, ser teórico prático, o controlo de material, verificação das técnicas em prática em todos os casais torna-se uma tarefa menos fácil, transformando para alguns a aula menos dinâmica, pelo tempo que se despende da avaliação na correção individual (dentro do trabalho de grupo).

Quanto às técnicas aplicadas durante as sessões de PPN, foram seleccionadas as seguintes para levantamento bibliográfico e análise crítica:

A. Exercícios posturais, de estabilidade e mobilidade.

Embora persistam controvérsias sobre os efeitos da prática de exercício durante o período

gestacional, as mulheres sedentárias apresentam um considerável declínio da sua condição física durante a gravidez. A falta de atividade física regular é um dos fatores associados a maior suscetibilidade de doenças durante e após a gravidez, além de aumento dos desconfortos músculo-esqueléticos do período gestacional (Diretrizes clínicas na Saúde Suplementar 2011).

Há consenso de que a manutenção de exercícios de intensidade moderada durante uma gravidez sem complicações proporciona vários benefícios para a saúde da mulher (Hass et al, 2005). O exercício de intensidade leve a moderada pode promover a resistência e flexibilidade muscular, sem aumentar o risco de lesões, complicações na gestação ou relativas ao peso do feto ao nascer. Consequentemente, a mulher poderá suportar melhor o aumento de peso, atenuando as alterações posturais decorrentes desse período e obtendo uma melhoria relevante dos desconfortos músculo-esqueléticos do período gestacional (Garshasbi, 2005).

O exercício previne e reduz a incidência das lombalgias, devido à orientação da postura correta da grávida no que respeita à hiperlordose, que frequentemente surge durante a gravidez, em função da expansão do útero na cavidade abdominal e o consequente desvio do centro gravitacional. Nestes casos, o exercício físico contribui para adaptação de nova postura física, refletindo-se em maior habilidade durante a prática da atividade física e nas atividades do dia-a-dia (Kramer, Revisão sistemática Cochrane 2006).

A atividade cardiovascular durante o período gestacional apresenta-se aumentada, entretanto, com a prática regular de exercício físico poderá reduzir-se, refletindo-se, especialmente, em frequências cardíacas mais baixas, maior volume sanguíneo em circulação, maior capacidade de oxigenação, menor pressão arterial, prevenção de trombose e varizes, e redução do risco de diabetes gestacional (Kramer, Revisão sistemática Cochrane 2006).

Outros aspetos relacionados com os benefícios da atividade física sobre o trabalho de parto referem-se às alterações endócrinas ocorridas durante a gravidez, que se refletem nas articulações e nas estruturas ligamentares pélvicas, promovendo maior flexibilidade. A atividade física durante a gravidez contribui para que as gestantes fisicamente ativas tolerem melhor o trabalho de parto, principalmente os mais prolongados, do que aquelas não treinadas ou as que se exercitavam apenas esporadicamente (Hartmann, 1999; Diretrizes clínicas na Saúde Suplementar 2011).

Alguns exercícios físicos merecem recomendações especiais sobre a sua prática ou contra indicações neste período. A intensidade do exercício deve ser monitorizada de acordo com os sintomas que a grávida apresente. Esta intensidade revela-se por meio da solicitação do sistema cardiovascular, nunca ultrapassando as 140 bpm. Alguns tipos de exercícios físicos e/ou situações não são recomendadas para a prática durante o período gestacional: qualquer atividade competitiva, artes marciais ou levantamento de peso; exercícios com movimentos repentinos ou

de saltos, que podem levar à lesão articular; flexão ou extensão profunda deve ser evitada. Exercícios exaustivos e/ou que necessitem de equilíbrio, principalmente no terceiro trimestre; basquetebol e qualquer outro tipo de jogo com bolas que possam causar trauma abdominal; prática de mergulho (condições hiperbáricas levam a risco de embolia fetal quando ocorre a descompressão); qualquer tipo de ginástica aeróbica, corrida ou atividades em elevada altitude são contraindicadas ou, exceccionalmente aceites com limitações, dependendo das condições físicas da gestante. Exercícios na posição decúbito dorsal após o terceiro trimestre podem resultar em obstrução do retorno venoso (Joint SOGC/CSEP Clinical Practice Guideline 2003).

De acordo com a evidência, as recomendações são de que todas as mulheres que não apresentem contraindicações devem ser incentivadas a realizar atividade física de resistência muscular e alongamento, pelo menos 2 a 3 vezes por semana (Kramer 2010). As mulheres devem escolher atividades que causem risco reduzido de perda de equilíbrio e de traumas. Ainda não existem recomendações padronizadas de atividade física durante a gestação. No entanto, frente à ausência de complicações obstétricas, recomenda-se que a atividade física desenvolvida durante a gravidez tenha por características exercícios de intensidade regular e moderada, com o programa voltado para o período gestacional em que se encontra a mulher. E com as atividades centradas nas condições de saúde da grávida, na experiência em praticar exercícios físicos e na demonstração de interesse e necessidade da mesma (Diretrizes clínicas na Saúde Suplementar 2011).

Desta forma, apesar do exercício aeróbico regular durante a gravidez parecer melhorar a aptidão física, a evidência é insuficiente para inferir riscos importantes ou benefícios para a mãe ou o bebê.

A evidência referente a efeitos colaterais na mulher e seu bebê é muito pouca. A maioria dos estudos estão limitados e de qualidade metodológica insuficiente para inferir conclusões. São necessários estudos mais abrangentes, antes de se poder efetuar recomendações sobre os benefícios e riscos do exercício aeróbico durante a gravidez (Kramer, Revisão sistemática Cochrane 2006).

Tendo em conta a evidência encontrada, nas classes de PPN da R`equilibrius propõe-se manter o estímulo pela atividade física nas grávidas. Sendo o fisioterapeuta responsável enquanto profissional de saúde de efetuar recomendações relativas à prática desportiva, assim como de alertar a grávida para situações de risco; este deve potenciar o *empowerment* da grávida durante a sua atividade física. Ao reconhecer sinais e sintomas dos seus limites fisiológicos, a própria poderá autoavaliar-se e conseguir adaptar a sua prática desportiva com a ajuda de técnicos especializados na área.

Sugere-se a criação de uma sessão precoce (primeiro trimestre) onde o fisioterapeuta tenha a oportunidade de intervir mais cedo na promoção e educação para o bem-estar, assim como no estímulo da atividade física. Propõe-se a criação de uma classe de prática de exercício acompanhado de um fisioterapeuta, onde se promova o bem-estar e alívio de algumas queixas durante o decorrer dos 2 últimos trimestres.

## B. Mobilidade pélvis

Uma das principais causas da mudança na postura estática e dinâmica da gestante é o constante crescimento do útero. A sua posição anteriorizada dentro da cavidade abdominal, além do aumento no peso e no tamanho das mamas, são fatores que contribuem significativamente para o deslocar do centro de gravidade da mulher para cima e para frente, podendo acentuar a lordose lombar e promover uma anteversão pélvica (Smith, 2008).

Secundariamente à ação hormonal, principalmente a da relaxina, existe um relaxamento crescente a nível ligamentar, além de uma modificação da estrutura cartilaginosa e aumento no volume de líquido sinovial e no espaço articular. O resultado é uma mobilidade articular aumentada e articulações mais instáveis, com um aumento da predisposição lesional (Borg-Stein, 2005).

Diversos estudos têm demonstrado que pelo menos um quinto das mulheres sofre de dor pélvica assim como dois terços das mulheres durante o período de gravidez apresentam sintomatologia lombar expressa na forma de dor, interferindo de maneira diversa nas atividades quotidianas, laborais e sono (Victoria, 2008). Como medida de comparação, mulheres não gestantes e da mesma faixa etária relatam prevalência de dor lombar em torno de 20% a 25%. Sob o ponto de vista da fisioterapia, a maioria dos programas indicados durante a gestação é prescrito para melhorar a força e as condições das estruturas de sustentação do corpo visando, portanto, alívio na sintomatologia álgica (Perkins, 1998). Os exercícios aplicados, utilizando técnicas do movimento, tanto em água (hidroterapia) quanto em solo (cinesioterapia), possibilitam a manutenção da postura da coluna vertebral, promovendo adaptações biomecânicas mais eficientes e atuando na prevenção ou no controle do stresse e das dores referidas nos segmentos lombar e pélvico (De conti, 2003).

Alguns protocolos já foram testados, focando o alongamento de grupos musculares específicos, tais como músculos peitorais, adutores da coxa, paravertebrais lombares, quadrado lombar e musculatura posterior dos membros inferiores, bem como o fortalecimento de outros músculos, como perineais e abdutores das coxas, sujeitos à sobrecarga mecânica e funcional durante a gravidez e parto. Esses exercícios, envolvendo grupos musculares sobrecarregados,

aumentam a capacidade funcional e facilitam a compensação muscular, reduzindo os sintomas de dor e/ou de desconfortos na gravidez e no puerpério (Mens, 2001).

Em 2009, na revisão sistemática publicada pela Cochrane, identificaram que não existem estudos que avaliem especificamente a prevenção da dor lombar ou pélvica. Para a intervenção “tratamento” foram considerados um total de oito estudos, incluindo cerca de 1305 mulheres. Nestes foi possível examinar os efeitos da adição de exercícios específicos, programas de fisioterapia, acupuntura e almofadas durante a gravidez. O resultado da análise dos estudos não foi o melhor tendo em conta que estes não se encontravam bem construídos, de forma a que os resultados devem ser tratados com cuidado. Contudo, a revisão concluiu que mulheres grávidas com dor lombar a efetuar os exercícios de mobilização pélvica e de fortalecimento concebidos especificamente, tinham mais resultados do que as que nada faziam. Programas de mobilização pélvica/lombar assim como uso de almofada eram mais eficazes que a fisioterapia. As mulheres que receberam atendimento pré-natal normal relataram maior utilização de analgésicos, modalidades físicas e cintos sacro ilíacos. Também a almofada de Ozzlo foi mais eficaz do que uma almofada vulgar no alívio da dor nas costas.

De acordo com estes estudos, apesar da falta de evidência quanto à prevenção de sintomatologia, faz todo o sentido a abordagem utilizada durante as sessões de PPN na R'equilibrus a nível de promoção e prevenção pélvico-lombar.

Quando existe uma grávida em classe com queixas, facultam-se recomendações de higiene postural em grupo. Recomendações que se prendem com a melhoria da postura, associada à atividade laboral, às rotinas, ao uso de vestuário e calçado, uso de cintas ou suportes lombares. Em caso da sintomatologia permanecer, progride-se para uma intervenção individual.

Em resumo, a prática dos exercícios, as recomendações de exercícios, uso de cintos, uso de almofadas, correção e dicas posturais são elementos facilitadores de uma boa higiene postural nesta fase sujeita a modificações. Para além das demonstrações e prática, o uso de material didático, como vídeo multimédia ou *flyers* poderiam ser um bom reforço na informação que se tenta passar nas sessões. Tendo em conta os atuais meios multimédia, seria uma sugestão a criação de meios de suporte à passagem desta informação.

### C. Treino funcional músculos pavimento pélvico

Segundo a revisão sistemática da Cochrane (2009), após o parto cerca de um terço das mulheres têm perda de urina e até um décimo das mulheres perdas de fezes. O treino muscular do pavimento pélvico (TMPP) faz parte das recomendações dadas pelo fisioterapeuta durante a gravidez e após o nascimento, para a prevenção e tratamento da incontinência. Este é composto

por um programa de exercícios que as mulheres devem fazer várias vezes ao dia para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. Existe alguma evidência de que TMPP em mulheres primíparas pode prevenir a incontinência urinária no final da gravidez e pós-parto. É possível que os efeitos da TMPP possam ser maiores com a população alvo, em vez de baseada em abordagens e em certos grupos de mulheres (por exemplo, as primíparas, as mulheres que tinham hipermobilidade do colo da bexiga no início da gravidez, um bebê grande, ou um parto a fórceps). Essas e outras incertezas, particularmente eficácia a longo prazo, necessitam de mais estudos (Hay-Smith, 2009).

Com base neste enquadramento, o fisioterapeuta deve ser um dos profissionais de saúde responsável por facultar informação aos utentes frequentadores das sessões de PPN, para que estes adquiram consciência da importância dos músculos e das suas funções, alterações que podem estar sujeitos durante a gravidez e assumam a responsabilização pela sua manutenção.

Apesar de ser um assunto que já não é novidade, principalmente para as grávidas, a maioria não tem ideia da localização dos MPP e não tem consciência corporal que permita a sua contração. Nas sessões foi dado ênfase ao treino deste grupo muscular e ao ensino de como e quando o fazer. A Fisioterapeuta tutora possui no seu espaço *flyers* que são distribuídos para esclarecimento e reforço do que é ensinado, assim como um pequeno autocolante incentivando à prática durante o dia. No entanto para garantir que as mães sabem como efetuar contrações do períneo, seria recomendável avaliação individual inicial. Para além da mais valia educacional e preventiva, permitirá informar o fisioterapeuta de que fazem uma correta contração.

#### D. Controlo da dor

Segundo a revisão sistemática efetuada por Smith (2011), a dor durante o trabalho de parto pode ser intensa. No entanto, com a tensão muscular, ansiedade e medo esta pode ser exacerbada. Muitas mulheres gostariam de passar por trabalho de parto sem usar substâncias químicas, ou métodos invasivos, como uma anestesia epidural, e voltar para terapias complementares para ajudar a reduzir a perceção da dor e melhorar a sua gestão. Muitas terapias complementares são criticadas, incluindo técnicas de mente-corpo, massagens e outros métodos de cura manual. Intervenções mente-corpo, como relaxamento, meditação, visualização e respiração são frequentemente usadas para o trabalho de parto, e podem ser amplamente acessíveis às mulheres através do ensino destas técnicas durante as aulas de pré-natal. Meditação e auto relaxamento podem não ser tão fáceis em termos de execução para a generalidade das mulheres, mas em conjunto estas técnicas podem ter um efeito calmante e ajudar as mulheres a gerir, fornecendo uma distração da dor e tensão.



Na revisão de onze estudos aleatórios e controlados, com os dados reportados em 1374 mulheres, descobriu-se que técnicas de relaxamento podem ajudar a controlar a dor do parto. No entanto, nestes estudos apresentam variações da forma como estas técnicas foram aplicadas. Um número limitado de estudos relataram dor menos intensa, maior satisfação com o alívio da dor, aumento da satisfação com o parto e menores taxas de parto vaginal assistido (Smith, 2011) .

Quanto á utilização da massagem como elemento redutor da sensação de dor e melhorar a experiencia emocional da mulher durante o parto, através da análise de cinco estudos experimentais, podemos encontrar resultados que indicam o relato de menor dor quando aplicada a massagem, comparativamente com o cuidado normal na mesma fase de trabalho de parto (Wiley, 2012).

Neste enquadramento, durante as sessões de preparação para o nascimento são ensinadas aos acompanhantes técnicas de massagem e técnicas de relaxamento, para aplicarem sempre que a sintomatologia assim possa beneficiar da sua aplicação. Dores posturais durante a gravidez e trabalho de parto.

#### E. Posturas assumidas durante trabalho de parto

Na atualidade, em países desenvolvidos, as mulheres têm filhos em unidades de saúde, deitadas numa cama, na posição decúbito dorsal. Não existe evidência de que esta posição esteja associada a vantagem para as mulheres ou para os bebés, embora possa ser mais conveniente para o pessoal técnico que acompanha todo o processo.

Através da revisão de 21 estudos com um total de 3706 mulheres, efetuado por Laurence (2009) foi possível verificar que, em geral, a primeira etapa de trabalho de parto é de aproximadamente uma hora mais curto para as mulheres que assumem a posição vertical, em oposição às posições reclinada. Mulheres em posições verticais foram menos propensas a ter analgesia epidural e não se verificaram diferenças entre os grupos para outros resultados, incluindo duração da segunda fase do trabalho, tipo de parto, ou outros resultados relacionados ao bem-estar de mães e bebés. Para as mulheres que tiveram analgesia epidural não existiram diferenças entre as que estavam em posições verticais contra reclinada para nenhum dos desfechos analisados na revisão. Há pouca informação sobre a recolha da satisfação materna, e nenhum dos estudos comparou diferentes posições verticais ou deitado.

Existem evidências de que a posição de pé e vertical na primeira fase do trabalho de parto reduz a duração do trabalho de parto, no entanto estas não parecem estar associadas com a intervenção aumentada ou com efeitos negativos sobre o bem estar das mães e bebés. Durante as sessões são efetuadas demonstrações e treino das diferentes posições, assim como é efetuada a

explicação do porquê assumir aquela postura em determinada fase específica do trabalho de parto. Respeitando as diretrizes internas de cada serviço, o fisioterapeuta deve ser capaz de encorajar as grávidas a assumir qualquer posição que achar mais confortável na primeira etapa do trabalho (respeitando a opinião dos profissionais que monitorizam mãe e bebê).

Quanto às temáticas discutidas, mais pesquisas seriam necessárias, assim como pesquisas específicas em população portuguesa, adaptada à nossa cultura, sociedade e sistema de saúde existente.

## **5. Projeto de implementação de melhoria do local de prática**

No local de prática, é perceptível o respeito das normas para as boas práticas para a prestação de fisioterapia no pré e pós parto, são aplicadas. Quanto à avaliação e registo são aplicadas questionários e fichas de avaliação já previamente validadas. As únicas propostas que poderiam acrescentar nesse processo seria a utilização de escalas ou formulários como facilitadores de comparação de resultados. Ou seja aplicação de *check list*/questionários previamente validados para a população portuguesa, no início, durante e final da intervenção poderia facilitar o processo de avaliação e progressão de resultados.

A proposta de implementação de um plano de melhoria poderia debruçar-se sobre o trabalho interdisciplinar. Tendo em conta que na clínica existem outros profissionais, poderia ser uma mais valia para as utentes a possibilidade de contactar com um profissional especialista como por exemplo nutricionista (recurso já existente na clínica), durante as sessões de preparação para o nascimento ajudando na construção dos seus planos alimentares. No pós parto para além de poder ajudar a mãe a fazer as escolhas que afetarão as características nutricionais do seu leite, também poderia colaborar promovendo o bem estar da mãe e do seu bebé.

Baseando nos resultados do levantamento efetuado no questionário de satisfação passado às utentes, foi efetuada a sugestão de mais atividade física, assim como de maior informação quanto às opções de métodos contraceptivos. A proposta de criação de um plano de exercício individual dentro do grupo pode também ser uma sugestão. Durante as classes tendo em conta a logística individual mãe-filho, muitas das vezes existem mães que durante a sessão não conseguem participar ativamente da prática de exercício. Fazendo um levantamento inicial dos objetivos da mãe e tentando estabelecer um programa em conjunto, talvez fosse possível um evoluir gradual na atividade física de forma mais autónoma, com o apoio do fisioterapeuta. Mesmo que durante a sessão não lhe seja possível fazer o exercício, ela teria a alternativa de o praticar com um suporte visual, plano de treino.

Tendo em conta que material e infraestruturas já existem na clínica, também o trabalho em parceria com um profissional de educação física poderia permitir a criação de mais uma valência dentro da clínica. Poderiam ser criadas sessões de *personal trainer* ou classe para que as futuras mães pudessem efetuar uma prática desportiva com apoio diferenciado, assim com após o parto, ou após o término das sessões de pós parto, dando continuidade ao desenvolvido pelo fisioterapeuta ou trabalhando a par.

Através do contacto com outros profissionais e experiência profissional, é perceptível que a maioria das mulheres tem limitações a nível da consciência corporal. Tanto a localização períneo como a sua ação não são um assunto comum para a maioria das mulheres, que demonstram dúvidas quanto à sua contração eficaz, quando o assunto é abordado. Seria também uma proposta de que logo no início da intervenção no pós parto, para além da avaliação subjetiva que é feita, também uma avaliação individual objetiva fosse dedicada a cada mulher. Para além de permitir ao fisioterapeuta uma avaliação direta, reforçará um momento de educação através do *feedback* que o fisioterapeuta possa passar á utente acerca do bem estar do seu períneo, podendo ainda servir para a promoção de um futuro salutar.

## **6. Conclusão**

Desenvolver o estágio permitiu o contacto com uma população específica, grávidas, bebés, familiares e recém mães. Possibilitou o estudo de diferentes temáticas inerentes às suas condições com uma visão diferenciada pelos conhecimentos adquiridos através da frequência do mestrado, assim como pelo apoio dado pela tutora.

Foi possível o aprofundar de conhecimentos e compreender realidades específicas da intervenção da fisioterapia nesta clínica e na comunidade em que se insere.

O estágio foi uma fase da aprendizagem contínua do estagiário. Uma construção pessoal e profissional que teve início na escola e que passou pelo desenvolvimento de competências para o exercício autónomo na prática na área da saúde da mulher, com a tutoria da fisioterapeuta especialista, continuando, atualmente, através dos projetos em desenvolvimento e em implementação no local de trabalho. Este trabalho crescente, que teve base na teoria através da análise da evidência publicada e na construção de projetos teóricos, passou à prática tutorada onde foi possível verificar a concretização da teoria.

Por fim, no desenvolvimento da profissão dando a conhecer o que é a intervenção de um fisioterapeuta na saúde da mulher através de ações de formação e informação na sociedade e populações específicas (mulheres, grávidas e no pós parto).

Pretende-se que o relatório seja um espelho do trabalho desenvolvido, uma descrição da

prática clínica no período de estágio, assim como uma crítica à aprendizagem que foi proposta efetuar, à realizada e das diferentes abordagens utilizadas.

Tendo em conta o compromisso com os valores da profissão e com o desenvolvimento profissional e aprendizagem ao longo deste período de prática tutelada, o relatório pretendeu descrever o aprofundar do conhecimento na área da preparação para o nascimento e pós parto.

## 7.Bibliografia

Abou-Zahr (2003). Antenatal care in developing countries - promises, achievements and missed opportunities. World Health Organization, 1-32.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2012). Pré-parto. Consultado em 05 de Julho de 2012 através de <http://www.apfisio.pt/gifsm/index.php>

Baldwin, K. A. (2006). Comparison of selected outcomes of centering pregnancy versus tradicional prenatal care. American College of Nurse-Midwives, 51, 266-272.

Barrett, J. (1999). Gravidez e parto – as melhores provas. Mafra: Temas e Debates.

Beck, N. C., (1979) Preparation for labor: a historical perspective. Phychosomatic Medicine, 41, 243-258.

Beckmann, M., M. (2009). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane review.

Baker P (Ed). 2006. Obstetrics by ten teachers. 18th edition. London: Arnold BDA. 2007. Fluid – why you need it and how to get enough. British Dietetic Association. [www.bda.uk.com](http://www.bda.uk.com)

Bivins, H. A., McCallum, O. J., & Roegge, D. D. (2007). The mother's house: a new concept in antepartum care. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 201.e1-201.e4.

BØ, K. (2007). Which women do pelvic floor muscle exercises six months postpartum. American Jornal of Obstetrics & Ginecology, 49.

Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M. et al. (2001). WHO sistematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. The Lancet, 357, 1565-1570.

Change and adaptation in pregnancy. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. Myles Textbook for Midwives. 15th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 189-225 NCCWCH. 2007.

Chartered Society of Physiotherapy (2006). The national service framework for children, young people and maternity services – a briefing paper. Chartered Society of Physiotherapists, 1- 25.

Cheng, C. (2006). Postpartum Maternal Health Care in the United States: A Critical Review. *Journal of Perinatal Education*, 15(3), 34–42.

Clinical Practice Guideline, (2003). Exercise in pregnancy and the postpartum period. Review by the Clinical Practice Obstetrics Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, and approved by the Board of Directors of the Canadian Society for Exercise Physiology.

Clinical Practice Guideline, (2005). Postural Health in women: The role of Physiotherapy. Joint policy statement, Canadian Physiotherapy Association, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

Cohen, G. (2001). The pregnant athlete. In: Swedan N, editor. *Women's sports medicine and rehabilitation*. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers Inc. p. 167–78.

Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata em 1978, sob o apoio da OMS e da UNICEF.

Cook et al, (2012), Baby Business: a randomised controlled trial of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression, *BMC Pediatrics*, 12:13 <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/13>

Copeland, K. (1998) Overview of pregnancy and the puerperium. In R. Sapsford, J. Bullock-Saxton, & S. Markwelln (Eds.), *Womens's health - a textbook for physiotherapists* (pp. 89-111). London: W.B. Saunders.

Couto, G. (2002). Preparação para o Parto, representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural, *Dissertação de Mestrado*, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Sociais.

Dennis, C . ( 2007). Psychosocial and psychological interventions for prevention of post natal

depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331, 1-8.

Department of Health (2004). *Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. Department of Health, 1-47.

Department of Health Government of Western Australia. (2006). *Future directions in maternity care – discussion paper*. Australian Physiotherapy Association, 1-6.

Direção Geral de Saúde (2008). *Natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal 2002/2006*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2011). *Natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal*. Direcção Geral de Saúde, 2006/2010, Lisboa.

Douglas, S., Cervin, C., & Bower, K. N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Canadian Family Physician*, 53, 875-879.

Gagnon, J. (2009). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both, *Cochrane Review*, Issue 2, <http://www.thecochranelibrary.com>.

Garshasbi, A. (2005) The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88, 271—275

Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does birth center care during a women's first pregnancy have any impact on her future reproduction? *Birth*, 29, 177-181.

Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2008) *Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher*.

Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18, 260-267.

Health Care Guidelines: Routine Prenatal Care: Institute for Clinical Systems Improvement 2010  
Herbst, M. A., Mercer, B. M., Beazley, D., Meyer, N., & Carr, T. (2003). Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *American Journal of Obstetrics &*

Gynecology, 189, 930-933.

Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. São Paulo: Santos.

Hildingsson, I., Waldenström, U., & Radestad, I. (2002). Women's expectation on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 118-125.

Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future?. *Physiotherapy*, 90, 64-72.

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Estatísticas demográficas 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

International Organization of Physical Therapists in Women's Health (2005). *Scope of practice*. International Organization of Physical Therapists in Women's Health, 1-2.

Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCCWCH). London: RCOG Press. [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk)

Jackson, D. J., Lang, J. M., Swartz, W. H., Ganiats, T. G., Fullerton, J., Ecker, J. et al. (2003). Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. *American Journal of Public Health*, 93, 999-1006.

Johston-Robledo, I. (1998). Beyond Lamaze: socioeconomic status and women's experiences with childbirth preparation. *Journal of Gender*, 3, 159-169.

Jorge, P. (2008). *Preparação para o Nascimento – da teoria à prática*, Monografia de final de curso de Licenciatura, Universidade Atlântica.

*Jornal Hand Surg Am.* (2009). Nonsurgical treatment for de Quervain's tenosynovitis. May-Jun;34(5):928-9.



Kajuri, M. A., Karimi, S., Shekarabi, R., & Hosseini, F. (2005). Investigating women's satisfaction with prenatal care received at the primary health care centers of Shirvan Chardaval, Iran. *Internet Journal of Gynecology & Obstetrics*, 7.

Kendall, P. & McCreary K., (1993). Provance PG, *Muscles: testing and function*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. p. 69–118.

Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., & Villar, J. (1998). Who should provide routine antenatal care for lower-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, 7-26.

Koehn, M. L. (2002). Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11, 10-19.

Laurence, A. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database systematic review*.

Livingstone, L., Sapsford, R., & Markwell, S. (1998). Ante-natal education. In R. Sapsford, J. Bullock-Saxton, & S. Markwell (Eds.), *Womens's health - a textbook for physiotherapists* (pp. 162-167). London: W.B. Saunders.

Livingstone, L., (1998). Post-natal management. In: Sapsford R, Bullock-Saxton J, Markwell S. *Women's health: a textbook for physiotherapists*. London: WB Saunders Co. Ltd., p. 220–46.

Lumbiganon, P. et al (2011) Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration, *Cochrane review*, The Cochrane Library, Issue 12, <http://www.thecochranelibrary.com>

Magee, D., J. (2002). Chapter 15: Assessment and posture. In: *Orthopedic physical assessment*. 4th ed. New York: Saunders, Elsevier. p. 873–904

Manson, L., Glenn, S., Walton, I., & Hughes C. (2001). The relationship between ante-natal pelvic floor muscle exercises and post-partum stress incontinence. *Physiotherapy*, 87, 651- 661.

Mberkenga, C. Et al (2011) Informal support to first-parents after childbirth: a qualitative study in low income suburbs of Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:98

<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/98>

McCourt, C., Page, L., & Hewison, J. (1998). Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. *Birth*, 25, 73-80.

Midwives (2008) 15th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 313-32 Tieu J, Crowther CA, Middleton P.

Ministério da Saúde (2004). Plano nacional de saúde – orientações estratégicas para 2004-2010. Ministério da Saúde, 1-127. Consultado em Julho, 9, 2008, através de [www.apambiente.pt/politicambiente/AmbienteSaude/Documents/Em%20Portugal/.../Plano\\_Nacional\\_Saude\\_2004.pdf](http://www.apambiente.pt/politicambiente/AmbienteSaude/Documents/Em%20Portugal/.../Plano_Nacional_Saude_2004.pdf).

Morkved, S., (2003). Pelvic Floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*;101(2):313–9.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008). Antenatal care – routine care for the healthy women. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 1-407.

National Health Service Quality Improvement Scotland (2005). Clinical Standards - Maternity Services. National Health Service Quality Improvement Scotland, 1-35.

Nichols, F. H. (2000). Philosophy and Roles. In F. H. Nichols, & S.S: Humenick (Eds.), *Childbirth education – practice, research and theory* (pp. 3-17). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Normas de Boas Práticas para prestação de Serviços de Fisioterapia (2003), Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

Oakley, D., Murray, M. E., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H. F., Mayes, F. et al. (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstetrics and Gynecology*, 88, 823-829.

Oliveira, R. (2008) <http://requilibrius.blogspot.pt/>

Ondeck, M . ( 2000). H istorical Development. I n F. H. Nichols, & S. S . Humenick (Eds.), Childbirth education – practice, research and theory (pp. 18 -31). Philadelphia: W .B. Saunders Company.

Page, L. (2001). Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. *Gynecology & Obstetrics*, 75, 81-88.

Pascali-Bonaro, D. (2003). Childbirth education and doula care during times of stress, trauma, and grieving. *The Journal of Perinatal Education*, 12, 1-7.

Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Estratégias para a saúde v. Cadernos do PNS, Alto Comissariado da Saúde.

Polden, M., & Mantle, J. (1990). *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology*. Oxford: Butterworth - Heinemann.

Proctor, S . ( 1998). What de termines quality in maternity care? Comparing the perceptions o f childbearing women and midwives. *Birth*, 25, 85-93.

Renkert, S., & Nutbeam, D. (2006). Opportunities to improve maternal health literacy through antenataleducation: anexploratory study. *Health Promotion International*, 16, 381-388.

Rett et al. (2008). Atuação fisioterapica no puérperio - Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo v.15, n.4, p.361-6.

Riesco, M. (2010). Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós parto: correlação entre perineometria e palpação vaginal. *Revista latino-americana Enfermagem*.

Rooks, J. P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, 370-374.

Rooks, J. P., Weatherby, N. L., & Ernst, E. K. M. (1992a). The national birth center study part I – methodology and prenatal care and referrals. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37, 222-253.

Rooks, J. P., Weatherby, N. L., & Ernst, E. K. M. (1992b). The national birth center study part III – intrapartum a nd immediate pos tpartum a nd neonatal complications a nd transfers, postpartum

and neonatal care, outcomes and client satisfaction. *Journal of Nurse- Midwifery*, 37, 361-397.

Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). *Minimum Standards for the Organization and Delivery of Care in Labour*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 1-58.

Santos, M. (2007) *Preparação para o nascimento – promoção de bem estar da parturiente através da preparação para o nascimento*. Tese dissertação Mestrado, Universidade do Algarve

Sasamon, S., & Amankwaa, L. C. ( 2003). Public display of affection in couples attending childbirth education classes: implications for practice in Thailand. *The Journal of Perinatal Education*, 12, 8-15.

Sheikh, L., Johnston, S., Thangaratinam, S., Kilby, M. D., & Khan, K. S. (2007). A review of the methodological features of systematic reviews in maternal medicine. *BioMed Central Medicine*, 5, 1-7.

Silveira, D. S., & Santos, I. S. (2004). Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1160-1168.

Stephenson. G., (2000). *Obstetric and gynecological care in physical therapy*. 2nd ed. Thorofare (NJ): Slack Inc. p. 266.

Villar, J., Bakketeig, L., Donner, A., Al-Mazrou, Y., Ba'aqueel, H., Belizán, J. M. et al. (1998). The WHO antenatal care randomised controlled trial: rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, 27-58.

Waldenström, U. (1998). Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 14, 207-213.

Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D., & Brennecke, S. (1997). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27, 156-167.

Waldenström, U., & Nilsson C. (1997). A randomized controlled study of birth center care versus

standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24, 17-26.

Waldenström, U., & Nilsson, C. (1993). Experience of childbirth in birth centre care – a randomized controlled study. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 73, 547-554.

Waldenström, U., & Nilsson C. (1994). No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 10, 8-17.

Waldenström, U., & Nilsson C. (1993b). Women's satisfaction with birth centre care: a randomized, controlled study. *Birth*, 20, 3-13.

Waldenström, U., Nilsson C., & Winbladh, B. (1997). The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics Gynaecology*, 104, 410-418.

Waldenström, U., & Turnbull, D. (1997). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1160-1170.

WHO Evaluation of the National Health Plano of Portugal (2004-2010), Direção Geral Saúde 2011.

Williams, D. R. (1999). Preserving midwifery practice in a managed care environment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, 375-383.

## 8. Apêndices e Anexos

### Anexo I – Ficha de avaliação pré parto local estágio:

#### Ficha Grávida

NOME da Mãe: \_\_\_\_\_ NOME do Pai: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Postura: \_\_\_\_\_ ATL: \_\_\_\_\_  
Data nascimento mãe/anos \_\_\_\_\_

#### História actual

Data provável parto: \_\_\_\_\_ 1º encontro (semanas) \_\_\_\_\_ Início PPN (semanas) \_\_\_\_\_  
Peso anterior: \_\_\_\_\_ Peso (semanas) \_\_\_\_\_ Peso (semanas) \_\_\_\_\_  
Médico assistente: \_\_\_\_\_ Local do parto: \_\_\_\_\_  
Hábitos tabágicos? \_\_\_\_\_ Actividade física? \_\_\_\_\_ Usa cinta? \_\_\_\_\_

#### História anterior

Paridade: \_\_\_\_\_ Datas: \_\_\_\_\_ Tipo de partos: \_\_\_\_\_  
Fez Episiotomia/rasgou? \_\_\_\_\_ Amamentou? \_\_\_\_\_ Durante: \_\_\_\_\_  
Fez PPN? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_  
Frequentou pós parto? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

#### Queixas

	lombalgia	Lombociat.	dorsalgia	cervicalgia	S.I	Edema	IU	Contracções
Melhora								
Piora								
Outras:	Hemorragias	Insónia	Enjoos	Hipertensão	Azia	cardiop		

#### Outros elementos

Ecografias em: \_\_\_\_\_ Sexo/nome \_\_\_\_\_  
Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Pensa amamentar: \_\_\_\_\_  
Evolução: \_\_\_\_\_

#### Parto / Expulsão

Data: \_\_\_\_\_ Sinal de parto: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
Evolução TP: \_\_\_\_\_ Epidural \_\_\_\_\_  
Posição expulsão: \_\_\_\_\_ Duração expulsão: \_\_\_\_\_  
Episiotomia/Rasgou: \_\_\_\_\_ Fórceps/Ventosa: \_\_\_\_\_

#### Pai

Presente: \_\_\_\_\_ Quando?: \_\_\_\_\_ Ajudou? \_\_\_\_\_  
Evolução TP: \_\_\_\_\_ Epidural \_\_\_\_\_

#### Puerpério

Bebé (peso): \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_ Onde ficou após o parto? \_\_\_\_\_  
Mãe (Períneo): \_\_\_\_\_ Mãe (Mama): \_\_\_\_\_  
Mãe (Vida sexual): \_\_\_\_\_ Mãe (Outras): \_\_\_\_\_

#### Situação actual do bebé

Alimentação: \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_



## Ficha de Avaliação pós-parto

Data da 1ª reunião após o parto:../../...

### **PARTO**

data:../../... Idade actual do bebé: ../../...  
 Tipo de parto.....Epidural: SIM, NÃO  
 Evolução da dilatação  
 (casa/hospital).....  
 PAI: ausente/presente; na dilatação, na expulsão.

### **PUERPÉRIO**

Bebé junto à mãe no berçário Outros? Qual?.....  
 Mamou logo mamou após.....  
 Foi-lhe dado outro alimento? SIM, NÃO. Se SIM diga a razão.....  
 Peso à nascença.....Apgar.....Complicações.....

### **ALIMENTAÇÃO**

***Neste momento como está a ser alimentado o bebé?***

Só mama Mama+suplemento Só outro leite

***Se estiver a dar outro alimento para além da mama, diga qual a razão da introdução do mesmo?***

não conseguiu amamentar o bebé não aumentou de peso  
 o leite não chegou por razões de saúde do bebé  
 não tem leite por razões de saúde da Mãe  
 o bebé chora não conseguiu ultrapassar as dificuldades  
 Outras. Quais?.....  
 Quem a aconselhou a tomar essa medida?

Decisão própria Pediatra enfermeiro familiares amigos

***Situação anterior e actual da mama***

Tinha mamilo: tem mamilo  
 Teve mamilos doridos tem os mamilos doridos  
 Teve ingurgitamento mamário  
 teve gretas tem gretas

### **BEBÉ**

Hábitos de sono.....cólicas.....  
 Comportamento ao longo dia.....

### **MÃE**

Bem estar, mal estar; confiante, insegura, activa, cansaço; eufórica; depressão; boa aceitação da situação; adaptada, inadaptada. Outros?.....

<b>Situação do períneo dia.../.../...</b> Complicações..... Cicatrização..... Dor..... Incontinência urinária.....	<b>situação períneo dia .../.../...</b> complicações..... cicatrização..... dor..... incontinência urinária.....
<b>Contrações do períneo dia .../.../...</b> Aprendeu na prep.nasc.? <b>Sim, Não</b> Sabe executar? <b>Sim; Não</b> Consegue? <b>bem; mal; não consegue.</b> Faz? <b>Sim, Não</b> Hemorroidal? <b>Sim; Não</b> Obstipação <b>Sim; Não</b>	<b>Contrações do períneo dia .../.../...</b> Aprendeu na prep.nasc.? <b>Sim, Não</b> Sabe executar? <b>Sim; Não</b> Consegue? <b>bem; mal; não consegue.</b> Faz? <b>Sim, Não</b> Hemorroidal? <b>Sim; Não</b> Obstipação <b>Sim; Não</b>
<b>Abdominais dia.../.../...</b> Diástase dos rectos: <b>Sim, Não</b> Acima do umbigo.....abaixo.....umbigo....	<b>Abdominais dia.../.../...</b> Diástase dos rectos: <b>Sim, Não</b> Acima do umbigo.....abaixo.....umbigo....
<b>Postura</b> Posição de pé..... Posição de sentado.....	

<b>Algias; dia; .../.../...</b> Localização..... ..... Piora com..... Melhora com.....	<b>Algias; dia; .../.../...</b> Localização..... ..... Piora com..... Melhora com.....
<b>Sexualidade dia.../.../...</b> Relações sexuais..... Método anticoncepcional.....	

Dia do final das sessões pós parto; .../.../... Nº sessões que frequentou....
--



### Anexo III – Ficha de avaliação pós parto com modificações proposta

eunião: ____ / ____ / ____	
Nome Mãe: _____	Nome Bebê: _____
Idade: _____	Profissão: _____
Morada: _____	Procedência: _____
E-mail: _____ @ _____	Telefone: _____
Altura: _____ IMC: ____	Peso anterior gravidez: ____ Kg
Atividade desportiva anterior gravidez <input type="checkbox"/> _____	
Quanto tempo vai ficar licença? _____ meses	
Motivo? _____	
Pai: <input type="checkbox"/> Tirou licença <input type="checkbox"/> Vai tirar	
<input type="checkbox"/> Colaborante <input type="checkbox"/> Muito colaborante <input type="checkbox"/> Nada colaborante	
Quem (Grau parentesco)/instituição irá ser o cuidador após a licença? _____	

Parto _____ semanas	Data: ____ / ____ / ____
---------------------	--------------------------

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Epidural: \_\_\_\_\_

Evolução dilatação:

- ☐ Casa \_\_\_\_\_
- ☐ Hospital \_\_\_\_\_

Acompanhante	Dilatação	Expulsão	Colaborou
Presente			
Ausente			

☐ Episiotomia: \_\_\_\_\_

☐ Rasgadura: \_\_\_\_\_

☐ Ajudas mecânicas: \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos: \_\_\_\_\_

Puerperio
-----------

☐ Bebê junto da mãe ☐ Berçário ☐ Outro? Qual? \_\_\_\_\_

☐ Mamou na 1ª hora? \_\_\_\_\_ Dps? \_\_\_\_\_

☐ Foi dado outro alimento? Motivo: \_\_\_\_\_

Peso nascerça: \_\_\_\_\_ g Evolução: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_

Alimentação
-------------

☐ Só mama ☐ mama + suplemento ☐ só leite artificial

Motivo abandono mama: \_\_\_\_\_

Quem aconselhou esta medida: \_\_\_\_\_

Avaliação mama	Data ____ / ____ / ____
----------------	-------------------------

	TEVE	TEM
Mamilo dorido		
Mamilo formado		
Mamilo traumatizado (gretas...)		
Mamilo silicone		
Concha		

Soluções propostas:

Avaliação física:

- ☐ cor: \_\_\_\_\_
- ☐ ingurgitamento: \_\_\_\_\_

Avaliação Pega:

- ☐ Lábios/aurela      ☐ sucção:      ☐ mov. Maxilar      ☐ deglutição

Postura bebê: \_\_\_\_\_

Postura mãe: \_\_\_\_\_

Bebê \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_

Hábitos de sono: \_\_\_\_\_

Comportamento ao longo do dia: \_\_\_\_\_

Cólicas: \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Sexualidade:

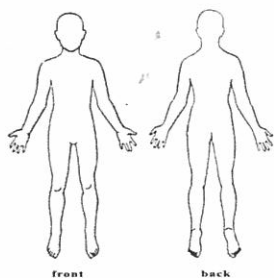
Iniciou: \_\_\_\_\_ Dor      Receio      Dificuldades      Outra: \_\_\_\_\_

Método contraceptivo: Pílula : \_\_\_\_\_

DIU: \_\_\_\_\_

Preservativo: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_



Álgias:

Localização: \_\_\_\_\_

Comportamento: \_\_\_\_\_

Outras queixas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avaliação abdômen

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pele: ☐ Hidratação \_\_\_\_\_ ☐ Pigmentação \_\_\_\_\_ ☐ estrias \_\_\_\_\_

Diástase:           acima umbigo: \_\_\_\_ cm aprx.

                          Abaixo umbigo: \_\_\_\_ cm aprx.

Perímetros: \_\_\_\_\_

Padrão Respiratório: \_\_\_\_\_

Avaliação Postura:

Pé: \_\_\_\_\_

Sentada: \_\_\_\_\_

Avaliação Membros inferiores: ☐ Edema ☐ Derrames ☐ Varizes \_\_\_\_\_

Avaliação Períneo:           ☐ Fisioterapeuta           ☐ Mãe           ☐ Ginecologista \_\_\_\_\_

Complicações: \_\_\_\_\_

Cicatriz:           Tamanho \_\_\_\_\_ ☐ Coloide           ☐ Aderências           ☐ elasticidade \_\_\_\_\_

Dor: \_\_\_\_\_ Peso Pélvico: \_\_\_\_\_ Disparenia: \_\_\_\_\_ Secura: \_\_\_\_\_

Contrações PP: ☐ Aprendeu           ☐ Sabe executar           ☐ Consegue           ☐ Efetua ao longo dia

Força: \_\_\_\_ escala Oxford   Função: \_\_\_\_\_

Inspeção Vulva: Abertura/ Fecho   Trofismo: \_\_\_\_\_ Inspeção meato: \_\_\_\_\_

Palpação prolapso: \_\_\_\_\_

Hemorroidal? \_\_\_\_\_ Obstipação: \_\_\_\_\_

Caso cesariana:   Avaliação cicatriz: \_\_\_\_\_

                          Dor associada: \_\_\_\_\_

Incontinência (percepção mãe): ESCALA Broome ? \_\_\_\_\_

## Anexo VI – Levantamento de Pares sobre a ficha de Avaliação no pós parto proposta

Fisioterapeuta Pós Graduada em Saúde da Mulher

“Acho que está bastante boa, a nível particular julgo que poderá ter interesse saber que atividade desportiva praticava, com que frequência e o que pretende fazer (para gerir a recuperação).

De resto acho que tens toda a informação necessária.

Como é que pensaste fazer neste caso? É o Fisioterapeuta que preenche ou a mãe?

É que se é a mãe vai sempre necessitar da ajuda da Fisioterapeuta.”

Fisioterapeuta Pós Graduada em Saúde da Mulher

“Acho a ficha globalmente bastante boa... não vejo necessidade de incluir mais nada. Acho é que caso a avaliação do pavimento pélvico não sei feita por nós... nunca vamos ter tanta certeza, principalmente da capacidade de executar uma contração funcional”.

Fisioterapeuta Mestranda em Saúde da Mulher

“Quando se fala de sexualidade: atenção porque dispareunia é o mesmo que dor. Não sei se faz sentido falar de outros problemas como vaginismo pois não será feita uma avaliação física ou é para incluir essa avaliação?

A escala de auto-eficácia de Broome não está completa.

Teste de tosse

Sensibilidade

Diário Miccional

Índice de actividade social e afins...

De uma forma geral parece-me bastante bem.”

Tutora

Ginecologista – substituí-a por médico e depois colocaria á frente se é ginecologista ou clinico geral ou...

PP – por MPP músculos do pavimento pélvico

Quando colocas palpação do prolapso, o que pretendes exatamente?

Escala de Broome, porquê? Pois é a escala de Oxford a que normalmente mais utilizamos

De resto parece-me bem.”

## Anexo V – Como colocar um supositório

### Como colocar o supositório no seu bebe:

1. Lave as suas mãos,



2. Caso o supositório esteja mole, pode passa-lo por água corrente ou colocar no frigorífico por minutos,



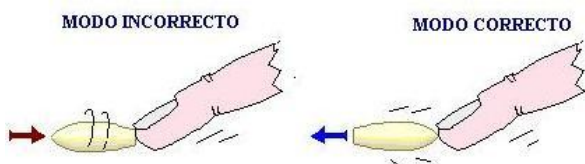
1. Retire do invólucro, e certifique-se que remove na totalidade todos os pedacinhos de invólucro,



2. Posicione o bebe deitado, com os membros inferiores fletidos,



3. Afaste os glúteos e introduza segundo o esquema, com a zona cónica apoiada no seu dedo.



7



VIVA BEM, COM A IDADE QUE TEM!

SABIA QUE:

- 60 A 80% DAS PESSOAS TEM DOR NAS COSTAS.
- A CADA 3 SEGUNDOS OCORRE UMA FRACTURA DE CAUSA OSTEOPORÓTICA.
- A INCONTINÊNCIA URINÁRIA AFECTA 40% DA POPULAÇÃO FEMININA E 15% DA MASCULINA.

SAIBA COMO EVITAR,  
CONTRARIAR AS ESTATÍSTICAS!!!!

As Fisioterapeutas Fátima Sancho e Joana Miranda esperam por si,

Local: Universidade Sénior de Oeiras

### Viva bem com a idade que tem!

Enquanto a idade avança, são naturais as alterações no seu corpo. Estas mudanças podem influenciar a sua postura, e por consequência o seu bem estar. Poderá no entanto contrariar essas modificações efetuando alguns exercícios diariamente:



Comece a praticar! Inicie o seu programa para uma melhor postura hoje.

Se tiver dúvidas procure um profissional de saúde, o seu Fisioterapeuta.

### Dicas para manter uma postura correta

Durante o dia, concentre-se em manter uma postura correta.

1. Dobre seus joelhos ao pegar ou colocar algo no chão;
2. Carregue um objecto pesado usando as duas mãos e mantendo a carga perto de sua cintura;



3. Quando puder dividir os objetos a transportar, devemos subdividi-los por dois volumes simétricos;
4. Ao levantar da cama deverá, colocar-se em lateral, colocar as pernas fora da cama e com a ajuda dos braços assume a posição de sentado;



5. Ao vestir calças ou calçar sapatos sente-se numa cadeira ou beira da cama;



## FICHA DE AVALIAÇÃO DO UTENTE

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Médico assistente: \_\_\_\_\_

História da condição actual:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery designed for writing.

---

---

---

---

---

---

---

---

Factores que agravam:

---

---

---

---

---

---

**EXAME OBJETIVO:**

Observação:	
Palpação:	
Movimentos Activos	
Movimentos Passivos	
Movimentos Resistidos	
Força muscular:	
Avaliação Funcional:	
Testes específicos/especiais:	

Diagnóstico da condição actual: \_\_\_\_\_

**Principais problemas/Objectivos de tratamento:**



**Reavaliação:**

**NOTA DE ALTA: data e razões da alta**

Principais resultados:

Orientação: Encaminhamento

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)*

### **Designação do Estudo**

### **Registo clínico utente – Classe exercício Gravidez**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Assinatura do doente:** \_\_\_\_\_

O Fisioterapeuta:

**Nome: Joana do Nascimento Miranda**

**Assinatura:**

### Resumo

**Introdução:** A intervenção da fisioterapia é descrita como de grande importância para uma melhor recuperação das mulheres no pós-parto. O seu papel consiste na recuperação, prevenção e tratamento de alterações nos diversos sistemas (Scope of practice, 2005).

**Objectivo:** Descrever uma possível abordagem terapêutica, com base no que é preconizado a nível bibliográfico, bem como refletir sobre a intervenção da fisioterapia nesta área, praticada neste centro.

**Descrição do Caso:** Solicitou-se a colaboração de quatro utentes a frequentar sessões de Fisioterapia no pós-parto, no gabinete R'equilibru\_us em Oeiras, com o diagnóstico de limitação no processo de amamentação por desconforto no mamilo e limitação das atividades associadas aos cuidados do bebé por dor/desconforto cérvico-dorsal e a nível da cicatriz da cesariana.

**Intervenção:** consistiu num programa composto por 16 sessões de educação parental em grupo, exercícios de correção postural e aconselhamento de estratégias de gestão do processo de amamentação assim como de problemáticas inerentes a esta fase do pós parto. **Resultados:** após a primeira intervenção foi possível a diminuição do nível de desconforto no mamilo. Ao longo das sessões de pós parto as utentes foram referindo diminuição dos desconfortos posturais e dores associadas. **Conclusão:** no final das sessões de pós parto as utentes apresentaram melhorias das suas queixas assim como um elevado grau de satisfação relativo à frequência das sessões de pós parto .

**Palavras-chave:** “Fisioterapia”, “pós parto”, “classe”, “intervenção em grupo”.

## ÍNDICE

1. Introdução .....	92
Apresentação estudo caso	
2. Descrição do caso .....	101
3. Exame/recolha de dados .....	102
A. Postura .....	103
B. Expansão diafragmática .....	104
C. Inspeção da pele .....	104
D. Observação do períneo e vagina .....	104
E. Palpação vaginal .....	105
F. Força muscular .....	105
G. Avaliação de Afastamento dos músculos reto abdominal .....	105
H. Inspeção mama .....	106
I. Incontinência urinária .....	106
J. Avaliação de dor cérvico-dorsal.....	106
K. Caracterização da dor na cicatriz.....	107
Classificação Internacional de funcionalidade (CIF) .....	107
4. Intervenção .....	112
5. Resultados .....	115
6. Discussão .....	116
7. Conclusões .....	120
8. Bibliografia .....	121
9. Anexos .....	127
Anexo I - Questionário satisfação pós-parto .....	128
Anexo II - Consentimento informado .....	131

Anexo III - Ficha de avaliação pós parto .....	83
Anexo IV - Questionários Satisfação preenchidos .....	132
Anexo V – Escala Modificada Oxford .....	142
Anexo VI – Escala Visual Análoga .....	142

## 1. Introdução

O estudo de caso presentemente descrito foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio. A condição clínica alvo de intervenção foi uma classe de pós-parto.

O período após o parto também designado de puerpério, é a fase em que o organismo da mulher inicia um conjunto de modificações locais e sistémicas de forma a inverter as alterações que ocorreram durante a gravidez e parto (Rezende, 2003).

O puerpério pode ser classificado como imediato do 1º ao 10º dia, tardio do 10º ao 45º dia e remoto após o 45º dia (Corrêa, 2004).

São diversas as modificações que ocorrem no corpo da mulher, durante o pós parto com o objetivo de o restaurar e voltar ao que era anteriormente à gravidez. O sistema urogenital, cardiovascular, respiratório, músculo esquelético, dentre outros, regressam gradualmente às suas funções e potencialidades anteriores. (Beleza, 2006).

No pós-parto imediato prevalecem os fenómenos involutivos das estruturas hipertrofiadas durante a gravidez. Ocorrem alterações fisiológicas e podem surgir as diversas complicações associadas ao processo do parto ou descida do leite. No pós-parto tardio é o período em que todas as funções começam a ser influenciadas pela amamentação, sendo um período com duração imprecisa, dependendo do tempo que a mulher amamenta (Rezende, 2002).

Para além de todas as alterações físicas, também novos desafios e responsabilidades expandidas à relação familiar e necessidades de saúde induzem os pais a ficarem sob *stress* (Christie, 2008; Mbekenga 2011).

São frequentes as publicações que descrevem no quadro do pós-parto sintomas depressivos, induzidos pelas preocupações, fadiga associada à rotina do bebé, ao choro, assim como todo o processo de amamentação e tarefas que acarretam um maior volume de cansaço (Kanotra, 2007; McQueen, 2003).

Muitas são as necessidades de aprendizagem que surgem durante o período do pós-parto, sendo importante avaliar as intervenções que são usadas para formar novos pais a como cuidar do(s) seu(s) recém-nascidos, assim como de si mesmos durante este período (Gagnon, 2010).

No período após o parto, os pais procuram frequentar programas educacionais que os ajudem a lidar e envolverem-se mais com os cuidados parentais. Através da aprendizagem de estratégias para uma melhor relação com os seus filhos, a satisfação com o papel parental é superior (Coleman & Karraker, 2000; Brage Hudson, Campbell-Grossman et al, 2003; Barnes, Leach et al., 2008). Da mesma forma, o apoio de outros casais que foram pais à pouco tempo é também importante (Glade et al, 2005 cit. por Bárcia & Veríssimo, 2008).

O período pós-parto é muito mais voltado para os cuidados ao recém-nascido, do que para a

mãe. Muitas vezes as queixas por elas referidas são consideradas inerentes ao processo do parto.

Existe muita bibliografia e *guidelines* reportando aos cuidados do pós-parto imediato (protocolos intra-hospitalares). No entanto, não é possível encontrar na literatura científica muita evidência sobre os cuidados dispensados com a puérpera, especialmente quando nos reportamos à fisioterapia.

Ainda são poucos os estudos que demonstram a necessidade de realização de exercícios físicos supervisionados por profissionais da área durante este período, objetivando acelerar o processo de retorno a condições não gestacionais, auxiliando as puérperas a retornar às atividades de vida diária e tratando as possíveis patologias associadas, melhorando assim a sua qualidade de vida (Beleza, 2006).

A intervenção da fisioterapia é descrita como de grande importância para uma melhor recuperação das mulheres no pós-parto. O seu papel consiste na recuperação, prevenção e tratamento de alterações nos diversos sistemas (Scope of practice, 2005).

A atuação da fisioterapia poderá decorrer logo após o parto, respeitando apenas um período de repouso de seis horas para o parto normal e doze horas para o parto cesariana (Santos 2005).

No presente estudo de caso, a intervenção decorre no período classificado de puerpério tardio.

Após a saída da maternidade, instalação e adaptação em casa, as utentes são convidadas a estar presentes na clínica para efetuarem a sua primeira sessão entre 2 e 6 semanas após o parto. A primeira sessão é iniciada com a recolha de dados acerca da gravidez e parto, utilizando para tal uma ficha de avaliação existente na clínica (anexo III). A ficha de avaliação consiste numa *check list* utilizada para orientação do exame subjetivo e objetivo durante entrevista na primeira sessão, assim como registo da informação colhida durante o pós parto.

A entrevista é iniciada com a caracterização do parto, questionando a grávida acerca do tipo de parto, utilização e eficácia da epidural, evolução da dilatação e presença do pai. De seguida é avaliado o puerpério, alimentação do bebé e respetiva avaliação da mama, hábitos e rotinas do bebé e mãe, assim como uma breve caracterização do estado geral da mãe.

Durante a primeira sessão também o períneo é avaliado subjetivamente, colocando questões acerca de complicações e evolução no pós parto, assim como relativas à eficácia das respetivas contrações.

Também o resultado da avaliação por palpação do afastamento dos retos é registado, acima e abaixo do umbigo, tal como o registo da avaliação de pé e sentada. Por ultimo utentes são também questionadas quanto á presença de algias, sendo efetuado o respetivo registo da sua caracterização e é abordado o tema da sexualidade.

Com relação às mamas, devem ser inspecionadas quanto ao seu aspecto geral de simetria,

condições mamilares e da presença ou não de dores (Polden e Mantle, 1997; Souza, 1999).

No abdômen é realizada a palpação, dois dedos acima do umbigo, pedindo a flexão anterior de tronco da puérpera para verificar a presença de diástase do músculo retoabdominal, onde segundo os critérios de Noble uma diástase de dois dedos, mais ou menos três centímetros supra-umbilicais são considerados normais com recuperação espontânea sem complicações. A musculatura abdominal nesta fase pode iniciar a sua atividade a partir da posição em decúbito dorsal com anca e joelhos fletidos através da propriocepção e da contração isométrica principalmente do transversos abdominal, visando à recuperação da tonicidade da musculatura abdominal que se encontra flácida e muito fraca (Rett et al, 2008).

Para avaliação da força da MPP a ANAES (2000) recomenda a utilização de um protocolo, com base na Escala de Oxford modificada (Laycock *et al.*, 2004) com itens entre 0 e 5. A técnica já se encontra testada, demonstrando ser fiável interobservador, sendo a escala utilizada válida, fidedigna e sensível (Price *et al* 2010; Brink *et al* 1989, Laycock 1992, citados Huebner *et al*, 2010).

O pavimento pélvico deve ser trabalhado logo no puerpério imediato, independente do tipo de parto, pois os mesmos diminuíram as suas características durante a gestação (seguindo as indicações dadas no pré parto). Caso a mulher tenha sofrido episiotomia e no pós-parto queixar-se de dor no local da sutura, a crioterapia pode ser indicada. Aplicação de compressas de gelo moído por dez minutos ou a massagem com o gelo na região perineal devem ser utilizados para promover analgesia, diminuir o edema e a inflamação (Stephenson & O'Connor, 2004).

No caso do pós parto de cesariana, é frequente a postura de flexão assumida como postura antiálgica, quanto essa postura se prolonga no tempo torna-se necessário intervenção. A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) pode ser um recurso utilizado para analgesia pós-operatória. Os seus efeitos verificam-se através da modulação do processo de neurocondução da dor, através da liberação de opióides endógenos a nível medular e da hipófise e na teoria do portão. Dois elétrodos podem ser colocados em cada extremidade da incisão. Os parâmetros utilizados são frequência de 50-100Hz, pulso até 100us, intensidade em nível sensorial de 30-60 minutos (Polden E Mantle, 1997; Melo et al., 2006).

Para despiste vascular, nos membros inferiores são avaliados os maléolos, fossa poplíteia e região inguinal em busca de sinais de formação de trombos, bem como observadas a presença de edemas e varizes (Souza, 1999).

Numa primeira abordagem fisioterapêutica no puerpério os objetivos são: proporcionar e orientar quanto ao posicionamento na cama, reeducação da função respiratória, estimulação do sistema circulatório, restabelecimento da função intestinal, reeducação abdominal, reeducação da musculatura de assoalho pélvico, promover analgesia no local da incisão perineal ou cesariana e



orientações gerais em relação aos cuidados com as mamas e posturas assumidas durante o cuidado com o bebê.

Neste período, a mulher deve ser orientada e consciencializada da importância de continuar o acompanhamento pela fisioterapia.

O fisioterapeuta deve orientar a paciente quanto a uma postura correta na cama, como, por exemplo, o decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatus, incentivar a deambulação e evitar posturas antiálgicas, aliviando as tensões musculares e promovendo analgesia, estimulando sempre uma postura correta (Souza, 1999).

A reeducação diafragmática é iniciada na primeira sessão, através da propriocepção em decúbito dorsal ou sentada. A puérpera coloca as mãos sobre o tórax e sobre o abdômen enquanto respira profundamente. Em caso de pós-cesariana os exercícios respiratórios são de maior importância, após o uso da anestesia geral. Para conseguir um padrão respiratório diafragmático a puérpera pode imobilizar com alguma pressão a incisão com as mãos ou com uma almofada (Souza, 1999; Stephenson e O'Connor, 2004).

É importante estimular o retorno venoso através de exercícios metabólicos de extremidades para evitar a estase venosa. Em casos de presença de edema e veias varicosas, devem ser indicados o uso de meias compressivas, repouso com os membros inferiores elevados e manobras de drenagem manual (Polden e Mantle, 1997; Souza, 1999).

Para a normalização da função intestinal podem ser recomendados exercícios de mobilização da pélvis em decúbito lateral, dorsal com flexão da anca e joelhos ou sentada na bola suíça, de forma lenta com movimentos curtos e repetidos até dez vezes, associado à respiração, onde a puérpera inspira durante a anteversão e expira na retroversão contraindo a musculatura abdominal. A deambulação é importante para estimular o peristaltismo intestinal que neste período está diminuído, além de constituir uma profilaxia de tromboembolismo (Souza, 1999; Stephenson e O'Connor, 2004).

Após o parto a puérpera vai ocupar-se a maior parte do seu tempo com a amamentação, troca de fraldas e com os cuidados de higiene do bebê, sendo muito comum o aparecimento de dores nas costas, principalmente na região cervical devido à má postura adotada pela mãe. Para que estas tarefas não se tornem um incômodo é necessário que esta seja bem orientada em relação a posturas corretas, sendo o fisioterapeuta responsável por efetuar recomendações acerca da melhor postura nas diferentes tarefas:

- Durante a amamentação, a mãe deve-se sentar de forma confortável, poderá usar uma almofada de amamentação para apoiar a coluna lombar, os seus pés devem estar bem apoiados no chão ou sobre um banco. (Polden e Mantle, 1997; Stephenson e O'Connor, 2004).

- Para a higiene do bebê, este deve ser colocado numa superfície que tenha altura próxima da cintura da mãe, para evitar a flexão de tronco. Algumas mães preferem realizar esta tarefa ao nível do solo, assim a posição semi-ajoelhada e sentada sobre o calcâneo proporciona uma boa postura sem desconfortos (Polden e Mantle, 1997; Difiori, 2000).
- O carrinho deve ter a altura da cintura da mulher, para evitar uma má postura e assim desconfortos na coluna (Polden e Mantle, 1997; Difiori, 2000).

No pós parto tardio os objetivos de tratamento são: reeducação da função respiratória, tratamento de possíveis complicações e de desconfortos músculo-esqueléticos (tenossinovite, cervicalgias e incontinência urinária), reeducação e ganho de força da musculatura de assoalho pélvico, reeducação da musculatura abdominal.

Após o parto são frequentes os processos de tenossinovites, causada por esforços repetitivos. A mais comum é a de Quervain's que é a inflamação da bainha do extensor curto e abdutor longo do polegar. A principal queixa é dor que é agravada pelo teste de Finkelstein, podendo apresentar edema e crepitação. O tratamento na fase aguda tem como objetivo a redução da inflamação e analgesia. Assim que estes diminuïrem, inicia-se alongamento em amplitude indolor e o fortalecimento desta musculatura (Hebert; Xavier, 1998; Prentice e Voight, 2003).

É comum o aparecimento de cervicalgias no puerpério tardio. Estas podem ser prevenidas através de orientações gerais quanto a posturas corretas e alongamentos. O uso de técnicas de calor como efeitos terapêuticos é recomendado. Posteriormente, podem ser realizados alongamentos da região cervical, técnicas de massagem e de relaxamento (Kitchen e Bazin, 1998).

Os exercícios para o pavimento pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradual e em diversas posições, decúbito dorsal, lateral, ventral, sentada, em pé e de cócoras. A bola suíça é um instrumento de grande mais-valia para treino do pavimento pélvico, pois melhora a percepção sensorial e a força desta musculatura além de exercitar simultaneamente várias estruturas musculares dos segmentos pélvis-perna e pélvis-tórax (Carrière, 1999).

Ainda no puerpério tardio a diástase do reto abdominal pode estar presente. O trabalho de contração isométrica do transverso abdominal e os exercícios de mobilização pélvica com contração isométrica do reto-abdominal devem continuar; devendo ser realizados em todas as posições. Com o avançar no puerpério, ou seja, já no período remoto, a mulher deverá passar por uma avaliação com o ginecologista e somente depois iniciar os programas de exercícios específicos para esta fase. Antes que seja traçado um plano de tratamento é necessário que a puérpera passe por uma avaliação (Beleza, 2006).

Os objetivos de tratamento deste período são: ganho de força da musculatura de assoalho

pélvico, reeducação e ganho de estabilidade nos músculos abdominais, reeducação postural, condicionamento físico e relaxamento.

O pavimento pélvico deve continuar a ser fortalecido em todas as posições. O fortalecimento abdominal só pode ser iniciado após uma avaliação, observando a presença ou não de diástase do reto-abdominal. A contração isométrica do transverso abdominal tem que ser realizada em todas as posições (Polden e Mantle, 1997; Difiori, 2000).

Durante a gestação a mulher tem que adaptar sua postura para compensar a mudança do centro de gravidade, levando ao aumento das curvaturas lombar e torácica. Após o parto esses desvios posturais se presentes, devem ser corrigidos. A avaliação postural é indispensável para traçar um plano de tratamento individual de acordo com a necessidade de cada puérpera (Beleza, 2006).

A bola suíça é um instrumento que auxilia para reeducação postural, pois permite a percepção proprioceptiva de alinhamento postural, treina equilíbrio e coordenação (Carrière, 1999).

Os alongamentos musculares podem contribuir bastante para reduzir a tensão muscular, melhorar a postura, considerando o efeito remanescente da relaxina sobre as estruturas articulares. O alongamento para aumentar a flexibilidade deve ser evitado até à 16ª a 20ª semana de pós-parto. Já o alongamento para a manutenção do comprimento muscular pode ser realizado (Difiori, 2000).

O exercício físico é extremamente importante para ajudar na recuperação pós-parto. Este irá auxiliar na reabsorção do excesso de líquido retido na gravidez, aumentar o retorno, diminuindo a estase. Melhorará a eficiência cardiorespiratória auxiliando no regresso da puérpera às suas tarefas de forma mais fácil, contribuindo ainda para a perda de peso, além do diminuir do stresse e da ansiedade (Difiori, 2000).

A escolha dos exercícios deverá ter em consideração o efeito da relaxina, efeitos esses que podem prolongar-se caso a mãe continue a amamentar. A atividade de elevada intensidade é contraindicada, podendo reduzir a quantidade de leite disponível para a próxima mamada. A produção de ácido láctico durante o treino intenso poderá dar um sabor ácido ao leite, um fator a ter em consideração. A sessão de treino cardiovascular deve ser dividida em aquecimento, treino cardiovascular e retorno à calma sendo que as atividades de baixo impacto são as mais indicadas (Difiori, 2000).

Para que as novas mães e pais se sintam tranquilos no período pós-parto, é fundamental que se sintam satisfeitos face ao seu papel parental. Uma satisfação com este novo papel, vai possibilitar à mulher um bem-estar geral, que a torna mais recetiva e empenhada para a recuperação da sua forma física e mais envolvida na relação com o bebé. Assim, após terem sido percebidas as alterações que ocorrem na mulher, bem como a importância de se sentir satisfeita

com o seu bebé, para estabelecer uma boa ligação, e os fatores que interferem nessa satisfação, percebemos a necessidade de apoio nesta fase da vida (Crespo, 2009).

De acordo com a literatura, o apoio mútuo do casal, o apoio por parte dos seus amigos e familiares e o apoio por parte dos profissionais de saúde, são essenciais para a satisfação parental e para o envolvimento nos cuidados parentais (Crespo, 2009).

Neste período, as mulheres precisam de informação e aconselhamento relativo aos cuidados com o bebé e amamentação, autocuidados e higiene, vida sexual, contraceção e nutrição. É importante o apoio do companheiro, dos profissionais de saúde e de toda a família, para se sentirem capazes de gerir o seu tempo (tempo para cuidar do bebé, tarefas domésticas, socialização, etc) de modo a não se sentirem inseguras, isoladas e insatisfeitas (World Health Organization, 1999).

Uma família a crescer é muitas vezes um processo algo turbulento, recheado de dúvidas e inseguranças. O fisioterapeuta é um profissional que pode ajudar a esclarecer e orientar os pais naquilo que mais os preocupa nesta fase da sua vida e ajudar a mãe a recuperar a sua forma e reencontrar o equilíbrio (GIFSM, 2012).

Através de exercícios e do aconselhamento sobre a forma mais adequada de executar as tarefas do dia-a-dia, o fisioterapeuta pode contribuir para todo o processo de recuperação e bem-estar da mãe (GIFSM, 2012).

Durante os encontros pós-parto o fisioterapeuta poderá ajudar os pais a (GIFSM, 2009):

- Melhor conhecer/perceberem os seus filhos.
- Encontrar a melhor solução para os problemas decorrentes da amamentação, ajudando a mantê-la o mais tempo possível.
- Aprender exercícios de fortalecimento, alongamento e mobilidade a fim de reencontrar o seu equilíbrio e figura.
- Ser orientado na escolha do material e local mais adequados para as várias atividades com o seu bebé, como a muda da fralda, o banho, a amamentação etc., de forma a prevenir as dores na coluna.
- Aprender a prevenir/tratar as perdas de urina quando tosse, espirra ou faz um esforço, ensinando as mães a contrair os músculos do pavimento pélvico.
- Através da massagem do bebé estabelecer um diálogo e uma relação única entre os pais e o bebé.
- Identificar as etapas de desenvolvimento do seu bebé, permitindo assim saber como e quando estimular o bebé.
- Melhor perceber a sexualidade do casal neste período tão cheio de solicitações.

Para uma reeducação no pós-parto é necessária uma abordagem global, após uma avaliação individual e uma definição dos objetivos específicos para cada paciente. A nível físico, no período pós-parto, a mulher necessita de reeducação em principalmente 3 áreas: músculos do pavimento pélvico e esfíncter, coluna e pélvis e músculos abdominais (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – Guidelines department “ANAES”, 2002).

A anamnese e exame clínico antes da intervenção deve implicar, avaliação da dor, se possível quantificar os sintomas no períneo, pélvis e coluna e abdómen. Deve ser despistada qualquer complicação associada que possa contraindicar a intervenção do fisioterapeuta (discência cicatricial, tromboembolismo, complicações neurológicas). A obtenção de dados base que sirvam de comparação com dados a obter numa avaliação final são fundamentais para medir os resultados da intervenção da fisioterapia (ANAES, 2002).

A caracterização da dor deve ser construída de forma a determinar a localização, frequência, ação de *triggers*, o tipo e intensidade no períneo, pélvis, coluna e abdómen; assim como devem ser avaliadas as repercussões no dia-a-dia e na atividade sexual da mulher (ANAES, 2002).

Sabe-se que 15% a 40% das mulheres sofrem de incontinência urinária durante o período pós-parto, sendo que aquelas que estão incontinentes antes ou no início da gravidez estão mais suscetíveis de serem afetadas (ANAES, 2002).

Em termos posturais a lordose lombar encontra-se aumentada entre o 2º e o início do 3º trimestre, reduzindo durante os primeiros meses do período pós-parto. Sabendo-se que mais de 1/3 das mulheres continuam a sofrer de dor muscular pélvica e lombar vários meses após o parto (ANAES, 2002).

A diástase dos retos abdominais persiste em mais de metade de todas as mulheres entre a 5ª e 6ª semana pós-parto e quando esta tem mais de 2 centímetros, a musculatura não desempenha força máxima (ANAES, 2002).

Deste modo, uma abordagem global é necessária para uma reeducação no período pós-parto, depois de uma avaliação individualizada e definição de objetivos específicos para cada utente (ANAES, 2002; Shaw & Kaczorowski, 2007).

Na abordagem que os profissionais de saúde efetuam no pós-parto, para além de responder às necessidades da mãe e do bebé, devem ser incluídos parâmetros para prevenção, deteção e tratamento precoce de complicações e doenças, e o proporcionar conselhos relativos aos cuidados parentais e todos os aspetos envolventes, para que a mãe se sinta mais segura e confiante (World Health Organization, 1999).

As mães com bebés têm uma grande necessidade de falar sobre as suas experiências de gravidez, parto e período após o parto. A participação em grupo, em sessões pós-parto, ajudam os

pais a sentirem-se melhor física e psicologicamente, por partilharem as suas experiências (Borjesson, Paperin, & Lindell, 2003).

O apoio inicial dado aos pais, permitindo e estimulando uma maior interação emocional com o bebé é também muito importante para o desenvolvimento a longo prazo da saúde física e mental do bebé (Borjesson, Paperin, & Lindell, 2003).

Os programas de Fisioterapia no pós-parto, englobam duas vertentes principais de grande importância, a parte de educação parental e exercício físico. Para um melhor entendimento foram abordadas a importância e os cuidados a ter em cada uma delas. Para avaliação da satisfação das utentes perante o programa proposto foi utilizado o questionário de satisfação validado em 2003, por Inês Lopes (construiu e validou para a população portuguesa – anexo I)

No presente estudo de caso, a intervenção consistiu num programa de exercícios, educação parental e familiar com a duração de 12 sessões (90 minutos bissemanalmente) visando a partilha entre pais na mesma fase de pós-parto, o aumento de autoconfiança das mães em cuidar dos seus bebés, assim como resolução das queixas relatadas pelas mães e consequentemente melhoria do grau de satisfação.

Com o objetivo de melhorar posturas e desempenho durante a amamentação procedeu-se ao ensino e correção de posturas, para além de recomendações para melhoria da performance durante o desempenho das tarefas com o bebé. Efetuaram-se exercícios e promoveu-se espaço/tempo de diálogo entre mães e entre mães e fisioterapeuta, para esclarecimento e partilha de dúvidas.

Com base na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), ao longo do trabalho foram identificados e hierarquizados os principais problemas quer pelo fisioterapeuta, quer pelas utentes a frequentar a classe de pós-parto. Foi construído um plano de intervenção direccionado de forma a relacionar os problemas com as alterações decorrentes do próprio processo de pós-parto e as situações associadas. Deste modo foi possível estabelecer um diagnóstico e prognóstico, que permitiram delinear um plano de intervenção adequado às problemáticas que surgiram durante a classe de pós-parto. Em cruzamento com a evidência existente foram ainda identificados e explorados os indicadores para reavaliação.

A apresentação deste estudo de caso teve como objetivo refletir sobre a intervenção da fisioterapia no pós-parto no local de estágio. Permitindo relacionar os conhecimentos adquiridos na parte curricular do Mestrado, a evidência disponível e as práticas comuns no local de estágio. Transformou-se num desafio para o fisioterapeuta, sugerindo reformulação de procedimentos, abrindo espaço para a possibilidade alterações à prática clínica no local de estágio e, futuramente implementação, no próprio local de trabalho de uma prática clínica baseada na evidência.

Procurou-se neste estudo de caso seguir todo o processo da fisioterapia, nomeadamente a avaliação, o diagnóstico, o prognóstico, a intervenção e reavaliação. O processo baseou-se nas características específicas da população desta classe, tendo em conta a melhor evidência disponível, utilizando o modelo de raciocínio hipotético dedutivo e centrado nas utentes e seus bebés.

No final, foi elaborada uma reflexão acerca do processo da fisioterapia em todo este caso, bem como sobre esta população tão preponderante na prática clínica actual. Os resultados obtidos pelo questionário de satisfação aplicado foram também analisados.

## **2. Descrição do Caso /Sujeito/História**

O presente caso refere-se a uma classe de utentes que recorreram ao apoio da fisioterapia entre o dia 17 de Novembro e 15 de Dezembro de 2012, para iniciarem um programa de fisioterapia no pós-parto, motivadas pelas alterações associadas a esta fase. Foram então avaliadas pela fisioterapeuta e efetuaram a revisão de parto junto do seu médico ginecologista. Em todas as utentes foram diagnosticados um conjunto de situações associadas à fase em que se encontravam de pós parto.

As utentes em estudo eram do sexo feminino, tiveram os seus bebés entre 17 de Novembro e 9 de Dezembro, tem idades compreendidas entre os 28 e 36, portuguesas, caucasianas.

As utentes dirigiram-se à clínica R`equilibri\_us para a realização das sessões pós-parto, por motivos de recomendação, localização e proximidade da sua residência. Iniciaram a primeira avaliação no dia 17 de Novembro de 2011. Autorizaram o acompanhamento das sessões pela tutora e estagiária, assim como assinaram o consentimento informado, autorizando a utilização dos seus dados para construção de um estudo de caso (Anexo II).

Os principais problemas encontrados referidos pelas utentes na data da primeira avaliação foram dor cervico-dorsal durante o dia, a qual piorava na postura de amamentação (sem apoio lombar ou para membros superiores), hipersensibilidade nos mamilos durante a amamentação.

As expectativas relativas à participação nas classes de fisioterapia no pós parto prendem-se com o acompanhamento e resolução das problemáticas que surgem durante o pós parto (amamentação, pega, cuidados com as mamas, dores posturais, cuidados do bebé), recuperação da sua forma física e aprendizagem das técnicas de massagem do bebé.

Com base na recolha de informação, através do exame subjetivo, foi possível colocar várias hipóteses/questões acerca da condição das utentes, tais como:

- Será que dor a nível cervical e dorsal pode resultar da adaptação ao processo de amamentação?

- Será que dor a nível cervical e dorsal pode estar associada a posturas a amamentar? Tarefas associadas ao bebé?
- Será que a hipersensibilidade dos mamilos poderá resultar de uma pega incorreta durante a amamentação?

### **3. Exame/Recolha de dados**

A avaliação incluindo o exame dos indivíduos ou grupos com dano atual ou potencial, limitações funcionais, incapacidades ou outras condições de saúde deverá ser feito através de anamnese, triagem e uso de testes e medições específicas. A avaliação dos resultados do exame apresenta-se com análise e síntese dentro do processo de raciocínio clínico (WCPT *cit in* Bø K., Bergmans B., Morkved S., Van Kampen M. 2007)

A recolha da história feita na primeira sessão, com base na ficha de avaliação já existente na clinica para avaliação das utentes no pós parto (ver anexo III), baseando-se no preconizado pelas *guidelines* Postnatal Care: Routine postnatal care of women and their babies (NICE, 2006).

Para que o fisioterapeuta pudesse iniciar a intervenção, foi efetuada a recolha da história clínica levantando dados relativos à mãe e ao bebé, caracterizando o status pré parto, parto e pós parto. Foi executada uma caracterização do parto, evolução da dilatação e tipo de parto, possibilitando que o fisioterapeuta construísse uma perspetiva sobre o atual status da mãe e bebé, em consequência do tipo de abordagem escolhido para o parto.

A caracterização do acompanhamento, ajudas e sequelas são pertinentes no sentido de permitir perceber qual o suporte que a mãe teve na primeira fase. Relativamente ao puerpério imediato, saber se o bebé mamou, ficou ao pé da mãe, status à nascença e como decorreu a evolução tendo em conta os parâmetros iniciais, permitiram dar início á informação e educação para uma amamentação exclusiva de sucesso.

Quanto ao processo da amamentação, foi efetuada a avaliação da mama, mamilo, tipo de pega, postura da mãe e sucesso do processo de amamentação em si, permitindo uma intervenção imediata na resolução de problemáticas durante a execução da amamentação.

Foi efetuada uma caracterização das rotinas do bebé (hábitos de sono, comportamento, cólicas, ...) assim como da mãe, períodos de descanso, apoio, sexualidade, contraceção, queixas (utilizando escala EVA para caracterização e Body chart para localização), avaliação do abdómen, postura e períneo ou cicatriz, em caso de cesariana, na tentativa de despistar possíveis sequelas, potenciando uma intervenção o mais precoce possível.

Foi realizado o exame subjetivo individual (utilizando a Ficha clínica) entre 17 Novembro a 15 Dezembro de 2011. A classe ficou composta por 4 utentes com idades compreendidas entre os



28 e 36 anos, do sexo feminino, todas portuguesas a dominar a língua portuguesa em termos da oralidade e da escrita, possuindo escolaridade superior (Magistrada, Fisioterapeuta, Psicóloga, Bancária).

Os partos das utentes em classe decorreram entre 26 de Outubro e 21 Novembro, tendo dois partos eutócitos e os outros dois cesariana. Recorreram ao médico ginecologista entre a 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> semana de pós-parto, onde efetuaram a sua revisão de parto sem restrição ao início do pós-parto. Efetuaram a primeira entrevista entre a 2<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> semana pós-parto.

Como antecedentes pessoais apenas de referir a hipertensão ocular (uma das utentes), as restantes eram saudáveis, sem referência de patologias associadas.

Todas as utentes eram primíparas, casadas e moravam nas imediações. Todos os maridos encontravam-se a trabalhar, sendo colaboradores, dentro da disponibilidade.

Os principais problemas referidos pelas utentes ao longo das sessões foram as “dores de costas” associadas às posturas de cuidados dos bebés, “dificuldades em gerir amamentação e fadiga”, adaptação às novas rotinas, horários, hipersensibilidade/desconforto mamilo.

Durante as sessões as questões levantadas relativas aos bebés foram: cólicas, progressão de peso, amamentação, tempo, duração, quantidades, alergias, e crosta láctea.

O estado geral das utentes era bom tendo em conta a fase de pós-parto em que se encontravam. Todas se mostravam colaborantes e um pouco cansadas e ansiosas com as novas logísticas.

### **Exame Objetivo** - DATA 17 Novembro, 3, 9 e 15 Dezembro 2011

#### **A. Avaliação da Postura**

Os fisioterapeutas são os profissionais responsáveis por identificar diferentes padrões posturais, conscientes da interação entre estruturas tecidulares e ósseas (Magee, 2002). A avaliação deve ser composta por 3 componentes essenciais: exame do alinhamento corporal e postura, testes de flexibilidade articular e elasticidade muscular, e os testes de força muscular. Exame na posição bipodal inclui posturas estáticas e dinâmicas, posturas onde se pretende a comparação de desvios da postura ideal (Physiotherapy Association for the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC, 2005).

Como resultado da observação da postura (comum a todas as utentes) observámos anteriorização da cabeça, anteriorização e elevação dos ombros, rotação externa e abdução das omoplatas, aumento da cifose dorsal e lordose lombar, báscula anterior da bacia (Kendall, 1993; SOGC, 2005).

## B. Avaliação da Expansão Diafragmática

A expansão diafragmática pode ser avaliada em decúbito dorsal. No pós-parto é importante que o fisioterapeuta se certifique ao fazer o exame físico (palpação e avaliação) da qualidade do movimento durante a expansão diafragmática – frequência respiratória, ritmo e padrão respiratório (Trevisan et al, 2009). Não foi detetada nenhuma alteração no padrão respiratório das utentes, tendo em conta a fase de pós-parto e tipo de parto.

## C. Avaliação da Pele

Ao examinar a pele a nível abdominal todas apresentam uma coloração aumentada, comum a textura desidratada e seca, mantendo uma temperatura normal. As duas utentes que efetuaram cesariana apresentam ligeiro aumento da temperatura em torno da cicatriz.

Da avaliação das cicatrizes da cesariana podemos descrever que apresentam uma coloração e temperatura normais para a fase que se encontram, não apresentam coloides, são regulares possuindo algumas aderências características desta fase do *puerperium*. Uma das utentes referia ainda sensação de desconforto/alteração sensibilidade, assim como uma postura de flexão associada à cicatriz.

## D. Observação do Períneo e Vagina

Com esta avaliação pretendia-se identificar trofismo, corrimento, cicatriz da episiotomia assim como avaliar o meato uretral. As utentes deitar-se-iam em decúbito dorsal, com ambos os joelhos fletidos, membros inferiores ligeiramente afastados e pés apoiados na marquesa em local apropriado, garantindo a sua privacidade e conforto (Berghmans *et al.*, 2003; Schröder *et al.*, 2010).

Apesar de ter sido proposto às utentes esta avaliação, durante o período de estágio nenhuma se mostrou disponível para esta observação, alegando que já tinham efetuado ou que iriam realizar avaliação com o ginecologista. Pós término de estágio, duas utentes alegando dor durante relações sexuais solicitaram avaliação com a Fisioterapeuta Tutora.

## E. Palpação Vaginal

Através da palpação pretende-se identificar se existem alterações a nível da ampola rectal, ao nível do útero ou da bexiga. Pretende-se identificar e quantificar a contração dos MPP, assim como consciencializar as utentes acerca dessa contração.

A palpação ou toque vaginal permite identificar, através da palpação, a superfície do pavimento pélvico, vagina e uretra. Permite avaliar se existem alterações do posicionamento e comportamento da bexiga, útero e ampola rectal, assim como a dor e alterações na sensibilidade (Berghmans *et al.*, 2003). Permite também observar a capacidade da mulher contrair e relaxar os MPP, assim como de manter as contrações, e avaliar o número de contrações dos MPP, a simetria, o trofismo, a coordenação, a presença de cicatrizes e aderências, e ainda a contração reflexa durante a tosse (Henscher, 2007).

As utentes do presente estudo só se disponibilizaram a efetuar esta avaliação após o término do estágio.

## F. Força Muscular

Na revisão bibliográfica efetuada é recomendada a avaliação da contração voluntária da musculatura do pavimento pélvico (MPP), apesar de ter sido facultada essa explicação às utentes, nenhuma se mostrou interessada em fazê-lo. Posterior ao término do estágio efetuaram esta avaliação com a tutora.

## G. Avaliação da distancia entre os retos do abdómen

A medição da distancia entre os músculos recto-abdominais (DIR) foi efetuada na posição de decúbito dorsal, com a anca e joelhos fletidos a 90°, pés apoiados e braços posicionados ao longo do corpo. Nessa posição, foi solicitada a flexão do tronco até que o ângulo inferior da omoplata estivesse desencostado da superfície. Os pontos de medida foram da DMRA foram 2 dedos (3 cm) acima e abaixo do umbigo. A DIR foi dada pelo numero de dedos (polpas digitais) entre as bordas medianas do músculo reto-abdominal (Rett et al., 2008).

1ª Avaliação - 09.01.2012		2ª Avaliação – 15.03.2012	
Acima umbigo	Abaixo umbigo	Acima umbigo	Abaixo umbigo
2	2	1	1
2	1	1	1
2,5	2	2	1,5
2,5	2	1,5	1

## H. Avaliação mama

Na avaliação das mamas foi efetuada a verificação da simetria no formato, assimetria na dimensão (tendo em conta a última mamada/respetiva mama) e a condição mamilar em termos de homogeneidade, com a presença de leite (Baracho, 2007).

Baseado no que é considerado uma pega eficaz, Baracho (2007) todas as utentes foram avaliadas durante a amamentação, onde se verificou se cumpriam com todos os itens considerados corretos para uma boa pega. Se o corpo do bebé estava totalmente virado para o da mãe, fazendo uma boa abertura da boca (como se a bocejar) abocanhando a maioria da aurela, efetuando sucção com o lábio superior virado para cima e o inferior para baixo. O bebé da mãe apresentava hipersensibilidade/dor mamilo estava a abocanhar apenas o mamilo, chuchava na mama, não efetuava uma sucção totalmente eficaz. Dessa forma foi estimulada a mudar, após explicação do motivo pelo qual se sugeria a alteração.

## I. Levantamento de sinais/sintomas de incontinência no pós parto

Durante a avaliação, foram questionadas acerca de alterações do pavimento pélvico e sobre alguns sinais de incontinência urinária, tendo sido sugerida uma avaliação do períneo individual. Na primeira avaliação nenhuma das utentes referiu qualquer sintoma para além dos normais para a fase de pós-parto em que se encontravam. Mais tarde durante as sessões uma das utentes referiu “perda de algumas gotas no final, após parar o jato urinário”, foi convidada a avaliar individualmente a situação. No entanto, a própria sendo fisioterapeuta especialista em saúde da mulher referiu já ter iniciado intervenção.

## J. Caracterização da dor cérvico-dorsal

A dor foi caracterizada (dor cervical/dorsal - bodychart): Moinha, intermitente, comportamento da dor é variável, classificada como um 4/10 (Escala Visual Análoga – EVA). Os factores que agravavam eram as posturas de amamentação, transporte do ovinho e execução atividades com o bebé, variando com o tempo que conseguem efetivamente repousar. Os factores que aliviam são o repouso (horas de sono), uso de almofada amamentação e aplicação de calor.

## K. Caracterização da dor na cicatriz

Uma das utentes referiu dor 3/10 na cicatriz da cesariana, aumentada quando exercia contração abdominal (primeiras 7 semanas pós-parto).

Após solicitada a autorização à respetiva proprietária, Fisioterapeuta Inês Lopes, foi utilizado um questionário de satisfação para caracterização da classe de pós-parto, construído e validado para a população portuguesa em 2003. Os resultados do estudo mostraram, globalmente, valores de satisfação quanto ao formato das sessões assim como temas abordados e prestação da Fisioterapeuta.

### **Relação entre os problemas identificados e hipótese explicativa da sintomatologia**

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a deficiência assume uma perspetiva multidimensional dado que equaciona para a sua caracterização, as estruturas e funções do corpo, as atividades e participação do sujeito, assim como, os fatores contextuais (pessoais e ambientais). Estes domínios são abordadas segundo a perspetiva da utente e do fisioterapeuta, para que, se possam estabelecer quais os fatores que estão a atuar, nos vários níveis, contribuindo para a situação em que se encontra a utente. Deste modo, a funcionalidade e incapacidade do indivíduo são equacionadas como resultado do processo interativo e evolutivo entre o indivíduo e o meio envolvente que ganha assim um papel crucial (OMS, 2003).

O quadro abaixo apresentado foi elaborado com base na “Rehabilitation Problem-Solving Form” desenvolvido por Steiner e colaboradores em 2002, permitindo aos profissionais de saúde analisar os problemas do utente, centrar-se em objetivos específicos, e relacionar as incapacidades com variáveis relevantes e modificáveis. Em particular, permite avaliar as perspetivas do utente e salientar a sua participação na tomada de decisões.

Tendo em conta as diversas componentes da CIF (2003) foi possível categorizar os diferentes problemas apresentados pelas utentes. Assim sendo, pode verificar-se que a nível dos fatores pessoais, são utentes jovens adultas com idades entre 28 e 36 anos, casadas, este é o seu primeiro filho, foram bebés planeados e desejados. As utentes moram relativamente próximo da clínica.

Estas utentes encontram-se num *status* de pós-parto, associado a esta fase encontram-se com vários diagnósticos todos eles associados e normais desta mesma fase.

Efetuaram a revisão do pós-parto junto do respetivo médico ginecologista e não foram levantadas nenhuma *yellow flag*. As utentes efetuaram uma 1ª entrevista com o fisioterapeuta onde foram tidas em conta as queixas das utentes, muitas destas resolvidas através do aconselhamento. Posteriormente foram sujeitas a uma avaliação subjetiva e objetiva, e

conjugando os problemas percebidos pelas utentes e pelo fisioterapeuta (CIF). Foi possível identificar que a condição de saúde das utentes, nomeadamente as problemáticas identificadas, eram uma consequência deste *status* em que se encontravam e influenciadas pelo tipo de parto, bebé e acompanhamento que tem tido.

Todos os dias, tendo em conta o evoluir tempo de pós-parto, novos problemas eram levantados (relativos à mãe e/ou ao bebé), tendo em conta a fase em que se encontravam. No entanto, aqueles que na fase de avaliação foram percebidos pelas utentes, foram a presença de dores constantes (4/10 escala EVA) que agravam com as posturas nos cuidados do bebé (“quando estou a amamentar durante a noite, para não ir buscar a almofada sento-me na cama e logo começa a moinha”).

Nas utentes que efetuaram cesariana também foi referida dor na cicatriz, presente nas suas AVD’s (“o pior são estas dores que não me deixam fazer nada. É constante e piora de cada vez que mexo”). A dor avaliada através da EVA em 3/10, constitui um fator determinante que a utente evite o movimento, contribuindo para a inatividade física e diminuição das suas atividades sociais, limitando em larga escala as atividades da vida diária (AVD’s) e a longo prazo conduzindo à incapacidade funcional, reduzindo consequentemente a qualidade de vida (Rapp et al., 2000; BARRON, 2007).

**Dx médico multifactorial:**  
Status pós-parto

Perceção do utente/familiar dos seus problemas e limitações

- Dor na região cérico dorsal e cicatriz cesariana
- Hipersensibilidade mamilo
- Desconforto nas posturas de repouso

- Restrição do movimento por dor
- Passear e tratar do bebé, são atividades condicionadas pela dor
- Preocupação em conhecer o seu bebé e dinâmicas associadas
- Refere sentir cansaço

*Estruturas e funções do corpo*

*Actividade*

*Participação*

- **Sistema músculo-esquelético:**
  - . Alteração postural no pós-parto
  - . Aumento peso
  - . Alteração sinergia da musculatura abdominal
  - . Dorsocervicobraquialgias
  - . Alteração volume e formato da mama
- **Sistema metabólico e endócrino:** Amamentação

- Desempenho de tarefas associadas ao cuidar do bebé:
  - Amamentar
  - Higiene bebé
  - Transporte bebé
- Dormir posição confortável
- Inatividade física / sedentarismo
- Diminuição da participação social
- Isolamento (passa maior parte do tempo em casa em assistência ao bebé);

Identificação pelo profissional de saúde dos mediadores dos problemas

*Fatores pessoais*

**Fatores contextuais**

*Fatores ambientais*

- Sexo: feminino
- Idades: 28 aos 36 anos
- Profissão: Fisioterapeuta, jurista, coordenadora, bancária
- Estado civil: casadas
- Estilo de Vida: sedentárias
- IMC : (29.7: 23.5: 20.4: 23.2)

- **Ambiente socioeconómico e familiar:**
  - Vivem com o esposo
  - Tem amigos e familiares a residir na mesma área que podem colaborar em caso de necessidade;
  - Salário associado a um nível de escolaridade superior.

O apoio quanto às melhores estratégias para cuidar do bebê, adaptação a novas rotinas, novas tarefas, logística também foram problemáticas levantadas pelas mães.

A Hipersensibilidade do mamilo (avaliação pega) também foi apontada como um problema numa fase inicial.

Com base nestes problemas, foi estabelecido um diagnóstico em Fisioterapia, as utentes apresentavam limitação nas atividades diárias com os seus bebés e na amamentação (uma delas), por desconfortos ou até mesmo por dor cérvico-dorsal, mamilo e cicatriz da cesariana.

Estabelecido o diagnóstico, foi formulado o prognóstico em Fisioterapia. No final das 16 sessões de pós parto (8 semanas), esperava-se que as utentes tivessem eliminado os sintomas/dores durante a amamentação, assim como fossem capazes de executar as atividades diárias com os seus bebés, reduzindo a sintomatologia para 0 na escala EVA.

Ao nível sociofamiliar, as utentes vivem com os seus maridos e tem amigos e familiares a residir na mesma área.

Do ponto de vista socioeconómico, é importante salientar que as utentes encontravam-se em licença de maternidade e que regressarão ao trabalho dentro de em breve, deixando os seus bebés em instituições. Para evitar a ansiedade natural e legítima foram promovidas discussões sobre as expectativas de cada uma, vantagens e desvantagens dessa etapa, promovendo um planeamento gradual desse momento.

Relativamente à participação social, as utentes referiram ter dificuldade em realizar algumas das suas atividades de lazer condicionadas pelas novas rotinas e disponibilidade de tempo. Após o início do pós parto promoveram em conjunto momentos de partilha entre elas.

## **Objetivos de intervenção**

Para o estabelecimento dos objetivos de intervenção, e tendo em conta a abordagem biopsicossocial baseada na CIF, foram considerados os fatores como o processo de pós-parto, os fatores contextuais e pessoais inerentes às utentes.

É importante que o principal objetivo da intervenção esteja em conformidade com os principais problemas das utentes. Assim, a intervenção teve como objetivo geral o seguinte: melhorar a qualidade de vida, participação social e autonomia das utentes, aumentando as suas capacidades funcionais.

Para a aquisição deste objetivo, foi essencial delinear estratégias para “solucionar” os problemas que contribuem para o agravamento da condição da utente.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos de intervenção:



Objetivos a curto prazo (4 semanas):

- Ensino de adaptações posturais ergonómicas durante as atividades do dia a dia, contribuindo para a melhoria da sua higiene postural;
- Ensino de posturas que permitam alívio das algias enumeradas pelas mães (cervical e dorsal);
- Ensino da dessensitização da cicatriz da cesariana, assim como incentivo a adotar uma postura o mais normal possível (mais extensão do tronco);
- Revisão das posturas de amamentação assim como correção da pega;
- Informação de cuidados a ter com mama e mamilo;
- Resolução de problemáticas urgentes: gretas, pegas, cólicas, amamentação;
- Ensino de cuidados de promoção e prevenção (ex. desenvolvimento do bebé e regras segurança infantil);
- Promover a integração do marido e familiares no processo de recuperação pós-parto, aumentando desta forma a sua motivação e participação ativa no processo de reabilitação;
- Promover a partilha de vivências entre mães (a viver a mesma fase e as mesmas problemáticas);
- Aumentar o conhecimento das utentes acerca da importância do exercício físico e malefícios do sedentarismo motivando-as para a sua participação ativa no processo de recuperação pós-parto (exercícios períneo);
- Educar as utentes no sentido da independência e autonomia funcionais, fazendo com que estas continuem a realizar exercícios de manutenção da condição física, se possível com a participação dos filhos;
- Promover um conjunto de estratégias para que as utentes sejam capazes de lidar com os receios associados ao processo de amamentação e ganho de peso do bebé;
- Aumentar a tolerância ao esforço e capacidade aeróbia;
- Aumentar a mobilidade geral, e consequentemente bem-estar;
- Ajudar a desmistificar algumas queixas e sintomas;
- Diminuir o risco de instalação de um processo de depressão pós-parto;
- Promover a iniciativa da prática de exercício e saídas sozinhas.

Objetivos a médio/longo prazo (8/12 semanas):

- Manutenção dos ganhos adquiridos, através da continuação do plano e estratégias definidos a curto-prazo;

- Manutenção dos cuidados de promoção e prevenção da saúde;
- Incentivar a prática de atividades físicas de lazer que contribuam para o aumento da autonomia das mães/bebés e da participação social (realizar passeios e atividades com amigos e família);
- Estabelecer uma rotina de exercícios funcionais diários integrada nas atividades que o utente retomou após o início da intervenção;

#### **4. Plano de intervenção**

O plano de intervenção baseia-se num conjunto de 16 sessões. Após a primeira de avaliação efetuada individualmente pelo fisioterapeuta, com a duração aproximada de 30 minutos (Rett et al., 2008). As seguintes sessões decorreram em classes, com duração de hora e meia, ministradas duas vezes por semana.

O início das sessões decorreu entre a 2ª e 5ª semana pós-parto. Nas primeiras 4 semanas as sessões decorreram com a periodicidade de uma vez por semana, a partir da quinta sessão duas vezes por semana.

Apesar do plano de aulas estar estruturado e definido, ao longo das sessões e tendo em conta as solicitações das mães, seus bebés e familiares a organização das classes foi sofrendo ajustes, adaptado às problemáticas ou solicitações das mães.

Cada sessão dividiu-se em 2 momentos, um momento de partilha e esclarecimento acerca da educação parental, outro de prática de exercício em grupo com os bebés, ministrada pelo fisioterapeuta envolvendo trabalho cardiovascular, de fortalecimento e educação postural (Norman, 2010).

Durante o período da aula destinado a educação parental, abordaram-se temas como: nutrição da mãe, cólicas, introdução alimentos no bebé, vacinação, ajustes ao novo estilo de vida, comunicação com o bebé, desenvolvimento do bebé, doenças comuns na primeira fase bebé, cuidados de saúde e bem-estar da mãe e bebé (Norman, 2010).

Na primeira sessão individual, à medida que se fazia a inspeção física e anamnese ou que as mães referiam queixas, o fisioterapeuta procurou no momento intervir, educando para a resolução dessas mesmas situações. Na primeira sessão em grupo, para além da apresentação e integração das utentes, foram solicitados *feedbacks* relativamente às problemáticas levantadas na 1ª sessão. Ao discutir as diferentes recomendações em grupo, pretendeu-se que as restantes mães que não passaram pela situação em causa (mas eventualmente ainda podem vir a passar pois encontram-se em timings distintos de pós-parto) também tivessem ganhos em termos de

aprendizagem com esta partilha, permitindo que esta aprendizagem sirva de promoção e prevenção para eventuais situações semelhantes no futuro.

Quanto aos principais problemas levantados o plano de intervenção foi o seguinte:

Tendo em conta que a hipersensibilidade do mamilo ou dor está inteiramente relacionada com o tipo de pega efetuada pelo bebé, o posicionamento do bebé na mama tem um papel fundamental, tanto na prevenção de feridas no mamilo, quanto no estabelecimento eficaz da amamentação. Dessa forma, o fisioterapeuta, após avaliação, atuou recomendando às mães como posicionar o seu bebé corretamente. A capacidade da mulher de posicionar corretamente seu bebé no peito, de forma que a amamentação seja indolor e eficaz, é uma habilidade física aprendida predominantemente, que a mãe deve adquirir por observação e prática (Enkin et al., 2005).

O fisioterapeuta promoveu junto das mães a compreensão dos mecanismos da sucção, contribuindo para aquisição da habilidade de posicionar o seu bebé corretamente. Se o bebé for incorretamente posicionado na mama e for incapaz de formar uma pega com os tecidos mamários da auréola, esta tende a sofrer lesão por atrito, pois a ponta é repetidamente levada para dentro e para fora da boca entre a língua e as gengivas do bebé. (Enkin et al., 2005).

Na avaliação da mamada, foi importante observar dois pontos-chave: posicionamento e pega. A posição inadequada da mãe ou do bebé na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebé em relação ao complexo aréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração de leite, podendo gerar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade da amamentação, caso não seja devidamente corrigida (Sanches, 2004).

A pega correta do bebé foi avaliada e corrigida conjuntamente, de acordo com Baracho (2007): a mãe estimula o lábio inferior do bebé com o mamilo, para que ele, por reflexo, abra bem a boca e baixe a língua; o bebé é que vai à mama, e não a mama ao bebé; o bebé abocanha, além do mamilo, parte da aréola e retira o leite comprimindo os seios lactíferos mantendo a boca aberta, colada na mama. Os lábios do bebé devem estar curvados para fora, vedando a saída de leite, mantendo-se fixo à mama sem escorregar ou largar o mamilo. O maxilar do bebé deve mover-se, e pode ver-se ou ouvir a deglutição.

Foi transmitido que o mamilo e a aréola devem ser suportados com uma mão, mantendo a mão oposta atrás da cabeça do bebé para levá-lo ao mamilo dessa forma (e não o contrário), o mamilo e a aréola podem ser colocados dentro da boca do bebé de forma a que a sucção seja feita sobre a aréola. O bebé suga naturalmente; o reflexo de descida do leite poderá acontecer de maneira lenta numa fase inicial, mas a sucção contínua irá estimulá-lo. Por vezes, a sucção com qual o bebé se segura no seio pode ser um problema, nessa situação deve ser interrompida e o

bebê mudado de posição. A mãe pode aliviar a sucção colocando um dedo na ponta da boca do bebê. Na mamada seguinte deve começar na mama que terminou por último. Uma marca presa no sutiã poderá ajudar a mãe a lembrar por qual lado deve começar (Stephenson e O'Connor, 2004).

O hábito de usar os dedos para comprimir o seio para afastá-lo do nariz do bebê foi desencorajado, pois pode motivar um bloqueio nos ductos que levam ao mamilo. Podem ser necessárias várias tentativas antes que se encontre a melhor posição de amamentação para cada mãe e bebê, essa situação foi acompanhada à medida que o bebê crescia, ao longo das sessões o fisioterapeuta esteve a par do estado dos mamilos doridos para disponibilizar ajuda as mulheres que tem problemas (Polden; Mantle, 2000).

Quanto às posturas adotadas pela mãe durante a amamentação, foram feitas recomendações para um bom suporte de costas e membros superiores, de forma ergonômica. À mãe foi recomendado que poderia escolher amamentar sentada na cama ou numa cadeira, ou pode sentir-se mais confortável deitada de lado. Quando sentada numa cadeira, deverá ter os pés bem apoiados, é essencial para o conforto total (p. ex. banco). Quando a mãe está deitada de lado, a sua cabeça deve ficar bem apoiada com almofada bem colocados no seu pescoço. Seja qual for a posição da mãe, o bebê tem de ficar com a barriga encostada à da mãe, deitado de lado em frente à mama, e não de costas com a cabeça virada para a mãe (Polden; Mantle, 2000).

Foram efetuadas recomendações que durante a amamentação, os pés devem estar apoiados, de forma que os joelhos e ancas estejam em 90° de flexão. A coluna vertebral deve estar confortavelmente apoiada. O braço deve estar apoiado sobre uma almofada para que a mãe não tenha que sustentar o peso da criança ao amamentar. A mãe deve apenas apoiar a cabeça do bebê. Pode utilizar-se uma almofada em formato de ferradura, que apoia o braço da mãe e a cabeça do bebê (Baracho, 2007).

Com o objetivo de melhorar a condição física das mães no pós-parto, melhoria das queixas dorsais e cervicais, assim como prevenindo lombo-pélvicas, ou outras condições possíveis de se associarem, como neuropatias, síndrome túnel cárpico, tenosinovites, incontinência foi estabelecido um plano de exercício progressivo e sequencial, adaptado às características da população da classe de pós-parto (Cohen, 2001; Stephenson, 2000; Morked, 2003).

Com base na avaliação postural efetuada pelo fisioterapeuta no pós-parto, após a identificação das alterações posturais consequências da gravidez e pós-parto, foi possível definir um programa de ativação muscular específica, alongamentos e correções posturais, para corrigir as adaptações estruturais ao pós-parto (Livingstone, 1998; JOGC, 2005). Fisioterapeuta instruiu as mães para coativação do transversos abdominais, multifídeos e músculos do pavimento pélvico promovendo a estabilidade, prevenindo queixas álgicas (JOGC, 2005).

Dependendo do tipo de parto, foi iniciado um programa de exercício físico. Na primeira sessão foram estimuladas a praticar as contrações dos MPP, com o objetivo de poder reduzir o risco futuro de incontinência urinária. Tendo em conta o cansaço associado ao parto e ao cuidar de um recém-nascido, a intensidade da prática de exercício foi ajustada às utentes (Morked, 1996, 2000; JOGC 2005). Apesar de não terem sido identificadas alterações significativas do padrão respiratório, durante a prática do exercício as utentes foram incentivadas à prática de reeducação diafragmática. O treino físico iniciou-se com contrações abdominais isométricas (sustentadas  $\frac{3}{4}$  segundos), contrações fásicas e tónicas (mantidas 6 segundos), movimentos alternados dos membros inferiores potenciando a ativação circulatória, sempre ajustadas aos níveis de fadiga das utentes (Rett e al., 2008).

As mães foram alertadas para o facto, de que a prática de exercício físico moderado, durante a amamentação não ter impacto na quantidade ou composição do leite materno, logo não tendo impacto no crescimento dos seus bebés (JOCG, 2005).

## **Reavaliação**

As reavaliações foram realizada diariamente ao longo todas as sessões de pós-parto. No início de cada sessão as utentes eram questionadas acerca da mudança de comportamentos, mudança de estratégias propostas na sessão anterior, onde constatámos que a utentes punham em prática as recomendações efetuadas. Quando não acontecia nenhuma alteração, o fisioterapeuta em conjunto com a utente voltava a procurar uma nova abordagem. Para além da avaliação efetuada aos problemas que foram surgindo, a reavaliação descrita no estudo insidio sobre os detetados na primeira sessão:

- correção da pega
- melhoria de postura

## **5. Resultados**

Os resultados esperados nas sessões de fisioterapia no pós-parto prendem-se com aplicabilidade por parte da mãe das recomendações efetuadas, por conseguinte satisfação da mãe e bebé.

A medição dos resultados foi efetuada através do questionário de satisfação passado no final das sessões (Anexo - I).

A frequência das sessões foi quase total, faltaram apenas a 1/2 sessões. De um modo geral podemos constatar que o nível de satisfação por terem participado nas sessões foi elevado, não consideraram uma perda de tempo, e inclusive fazem recomendação de frequência do pós-parto a

outras grávidas. Consideraram que o número de sessões e a duração de cada sessão adequado, bem como a competência da fisioterapeuta que as acompanhou.

Consideraram que existiram diferenças entre a informação aprendida nas sessões e a experiência/prática pessoal. As principais modificações ocorreram na amamentação, cuidados como bebê, postura e cuidados da mãe.

Quanto às queixas associadas ao mamilo podemos referir que a abordagem foi positiva, no sentido em que a mãe deixou de sentir qualquer tipo de sintoma, prossegue com a amamentação exclusiva do seu bebê e este continua saudável e aumentar de peso.

Ao longo das sessões foi possível assistir a um aumento da preocupação com a postura durante a amamentação e durante os cuidados do bebê por parte das mães. No entanto algumas queixas algicas ainda se mantinham (3/10 EVA). A postura das utentes que passaram por cesariana melhorou e a dor localizada na cicatriz diminuiu, aparecendo apenas quando efetua algum esforço (1/10 EVA).

Relativamente à perda de urina no final de jato urinário, no final das sessões a mãe referiu que tal já não acontecia.

## 6. Discussão

O modelo de prática clínica neste caso concreto iniciou por ser o *modelo wellness* (visto que a abordagem foi prática, holística, centrada nas utentes, onde estas tiveram um papel interativo, participativo. O Fisioterapeuta esteve preocupado com a partilha das responsabilidades, havendo uma partilha parcial das mesmas, assumindo o papel de ouvir e ajudar a utente a colaborar). No decorrer da intervenção verificou-se uma transição gradual para o *modelo capacity* (nesta fase, a abordagem foi emancipatória, as utentes estavam *empowered*, conseguiram assumir a responsabilidade de mudar alguns comportamentos de forma a conseguir manter a amamentação e manter os ganhos em saúde e bem estar, desempenharam um papel interativo, participativo e contributivo).

Relativamente aos modelos de raciocínio clínico que estiveram subjacentes a toda esta intervenção, inicialmente destaca-se o *raciocínio interativo* (cujos objetivos foram conhecer as utentes enquanto pessoas, estabelecer em conjunto os objetivos e as estratégias de intervenção nas suas condições particulares de pós parto e leva-las a comprometerem-se com o plano de intervenção). Progrediu-se gradualmente para o *raciocínio condicional* (condiciona toda a intervenção por integrar e contextualizar as problemáticas do pós parto tendo em conta o seu passado, presente e futuro, transpondo a esfera pessoal, social e cultural, de forma a individualizar a abordagem).

Durante o estágio, procedeu-se ao registo das problemáticas que surgiam numa classe de 4 utentes assim como da abordagem utilizada pelo fisioterapeuta para educação e para reabilitação.

Através do processo descrito na análise do caso clínico foi possível identificar os principais problemas de forma a definir os objetivos de intervenção realistas para a sua resolução e, consequentemente, delinear um plano de intervenção adequado à situação clínica, de modo a ir de encontro às necessidades das utentes e seus bebés.

Relativamente à avaliação, teria sido profícuo a aplicação e exploração de escalas de avaliação incontinência urinária e respetivo impacto na qualidade de vida, escalas de participação e incapacidade funcional, uma vez que o conteúdo e análise dessas escalas poderiam permitir uma perceção mais objetiva da capacidade funcional das utentes.

Seria recomendável uso de questionários específicos para avaliação da perceção das perdas de urina por parte das utentes e impacto na sua qualidade de vida (ICIQ – UI *short form*), e outro para avaliação do impacto psicológico (Escala Ditrovie).

Poderiam ainda utilizar-se a Escala de Broome para testar a autoeficácia da contração dos MPP e o QSRS (Questionário de Satisfação na Relação Sexual) para avaliar o grau de satisfação sexual das utentes.

Quanto à qualidade de vida e participação social espera-se que a resolução de outros problemas identificados (sobretudo das queixas álgicas) tenha uma influência positiva aumentando e melhorando a qualidade de vida das utentes. De salientar que não foram aplicados uma extensa bateria de testes e escalas individualmente de forma a não se tornar um incómodo para as utentes, fazendo com que estas deixassem de se demonstrar tão disponíveis para colaborar neste processo, optou-se por uma avaliação de grupo.

Foi feito um esforço para o encorajamento à responsabilização e papel ativo das utentes nesta etapa, o que deve ser um dos objetivos de qualquer profissional de saúde (Loft *et al.*, 2003). Com esse objetivo foi imprescindível a utilização do ensino como forma de chegar até às utentes, descortinando as suas necessidades, de modo a poder atuar sobre elas em prol do bem-estar e qualidade de vida.

A aplicabilidade destas estratégias de ensino e de *coping* não foram avaliadas criteriosamente. Contudo, verificar na realidade prática os resultados em termos de mudanças de atitude ou resolução de situações que surgem no dia-a-dia com o bebé, poderá ser uma mais-valia para o processo da fisioterapia, uma vez que se pretendia melhorar a qualidade de vida destas utentes, através de uma política de *empowerment* em relação ao bem-estar da mãe e bebé.

Estas questões são ainda pertinentes no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da progressão das incapacidades associadas à condição da utente.

De uma forma geral pode afirmar-se que os resultados obtidos vão de encontro aos objetivos da intervenção. Em relação à melhoria do quadro geral da mãe e bebé, é uma situação que com o passar do tempo terá uma progressão inevitável (NICE, 2008), tal como diminuição de queixas algicas, da adaptação da mãe ao seu bebé e às tarefas implícitas no cuidar de ambos.

Apesar de não ser possível encontrar estudos que apresentem maiores benefícios acerca de uma abordagem no pós-parto individual comparativamente com a em grupo, a filosofia da clínica está apoiada numa estrutura de trabalho em grupo.

Após o levantamento em grupo de queixas individuais, optou-se por uma abordagem em grupo com o intuito de utilizar o problema atual de uma mãe como exemplo de prevenção para outra no futuro.

No pós-parto as mulheres são sujeitas a um conjunto de alterações posturais, adaptações endócrinas, músculo-esqueléticas, circulatórias, respiratórias e metabólicas (JOGC, 2005). Cabe ao fisioterapeuta através da sua formação conseguir despistar o fisiológico do patológico, para cada fase do pós-parto em que a mulher se encontra e intervir no sentido de melhorar a condição da mulher.

Apesar da evidência ainda não apontar benefícios nos programas educacionais para os participantes e seus recém-nascidos, sabe-se que o suporte durante o pós-parto tem uma influência positiva na amamentação. A consciencialização das recomendações dadas acerca da amamentação, exclusiva nos primeiros 6 meses, são um fator preditor positivo de uma boa amamentação e do prolongar desse processo (Breastfeed Med. 2012).

Observamos a importância das instruções fisioterapêuticas dadas às puérperas incluídas neste estudo de caso. Após a terceira sessão foi possível verificar uma melhoria na avaliação do desempenho da mamada a par com a diminuição das queixas de sensibilidade do mamilo. Ao longo do tempo a melhoria da relação mãe bebé durante a amamentação, o aumento de peso de bebé, assim como o aumento de segurança das mães permitiu constatação semanal de sucesso neste processo. Após o término do acompanhamento da fisioterapia nas sessões de pós-parto, todas as mães do grupo em estudo mantinham a amamentação em exclusividade.

De entre as muitas alterações músculo-esqueléticas no pós-parto, o afastamento dos retos abdominais é considerada normal até 3 cm, acima deste valor são precisos cuidados em relação ao posicionamento em flexão do tronco e exercícios concêntricos dos retos-abdominais são contraindicados (Spitznagle, 2006). Como a medida do afastamento dos retos abdominais das puérperas em estudo tiveram de máximo 2,5 cm supra umbilical e 2 cm infra umbilical, apenas foram dadas orientações de trabalho muscular específico tendo em conta a fase em que se encontravam de recuperação no pós-parto. A avaliação contínua destes valores permitiu a criação de uma progressão de exercícios ao longo das sessões, e verificação da sua redução no



final das sessões.

Com o objetivo da melhoria do conhecimento, atitudes e competências dos cuidadores do bebê e daqueles que irão dar suporte à recém família, também o pai, avós, familiares ou cuidadores foram convidados a estar presentes em sessões específicas, que permitiram a partilha direcionada para esses membros em áreas da parentalidade, saúde mental, qualidade de vida e saúde.

O período de intervenção apresentado não corresponde ao tempo total de acompanhamento das utentes. A intervenção teve a duração de 10 semanas no entanto as utentes prosseguiram com as sessões após o término do estágio, perfazendo no final 12 semanas.

Após o estágio, nas sessões de discussão com a Tutora, alguns dos pontos levantados na discussão já tinham sido efetuados, como por exemplo a avaliação da funcionalidade do pavimento pélvico.

De uma forma geral é possível afirmar que os resultados obtidos vão de encontro aos objetivos da intervenção, superando em alguns casos o pretendido como, a satisfação obtida através questionários quanto à valorização da importância das sessões por parte das utentes.

## 7. Conclusão

No final da intervenção em classe, e depois de analisar todo o processo de raciocínio e de intervenção clínica, face aos resultados obtidos, verificou-se que foi possível alcançar todos os objetivos propostos. Este plano de intervenção correspondeu às expectativas das utentes e da Fisioterapeuta, alcançando-se resultados muito favoráveis.

Estes resultados mantiveram-se um mês depois de concluídas as intervenções do estagiário, quando a tutora efetuou uma avaliação para *follow-up*. Os resultados obtidos não dependeram somente ao plano de Intervenção aplicado, mas também da adesão das utentes, da sua motivação e da sua participação ativa no seu processo de reabilitação. Os efeitos da educação no pós parto variam de acordo com o tipo de intervenção e com as características da população (Gagnon, 2010).

A adesão do utente ao tratamento é fundamental e deve ser enfatizada desde o início da intervenção, de forma a promover-se uma mudança de comportamentos, quer a nível individual, como social. Incorporar estratégias específicas tais como técnicas comportamentais e de educação, estabelecer objetivos realistas, e usar um contracto de exercício são estratégias que se revelam benéficas para aumentar a adesão aos programas de pós parto

A avaliação dos resultados, dos efeitos da educação em programas de pós parto estruturados e ministrados por um educador (individualmente ou em grupo) sobre efeitos a nível materno/paterno-infantil e dos serviços de saúde neste estudo de caso foram efetuados através um levantamento e com o questionário de satisfação. Através destes instrumentos, foi possível identificar que as utentes reconheceram como um benefício, a sua participação nestas sessões.

Os benefícios de programas educacionais para os participantes e os seus recém-nascidos permanecem ainda pouco divulgados. Apenas se sabe que a educação na melhoria do sono parece aumentar o sono infantil e que a educação sobre o comportamento infantil, potencialmente, aumenta o conhecimento das mães. No entanto, são necessários mais estudos para confirmar (Bryanton 2010).

Da revisão bibliográfica efetuada foi possível encontrar algum evidência acerca de algumas técnicas aplicadas pela fisioterapia no pós-parto. Todavia, evidência que cruze comparativamente os diversos tipos de abordagem nesta população, ainda não existe (há data de conclusão deste relatório). Ou os que existem acabam por estar mal construídos. Fica a sugestão para que este estudo de caso, assim como as questões nele levantadas possam servir de incentivo para futuras investigações.

## 8. Bibliografia

Baracho, E. (2007), *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Barbosa, P. et. al. (2005) *Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico*. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. Rio de Janeiro. v. 27.

Beleza, A., Carvalho, G. (2006) *Physical-therapeutic action in the puerperium*. Revista hispece e leme, Universidade Paulista.

Beleza, A. C. S., Nakano, A. M. S. (2004) *O trauma perineal no parto*. *Fisioterapia Brasil*. São Carlos, v. 5, n. 6, p. 462-466, nov/dez.

Berghmans, L. C. M., Bernards, A. T. M., Bluysen, A. M. W. L., Gruppings-Morel, M. H. M., Hendriks, H. J. M., de Jong-van Ierland, M. J. E. A., Raadgers, M. C. (2003). *Clinical practice guidelines for the physical therapy in patients with stress urinary incontinence*. Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF).

Bryanton J, Beck CT(2010). *Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships*. Cochrane Database Syst Rev. Jan 20;

Bø K., Bergmans B., Morkved S., Van Kampen M. (2007) *Evidence based physical therapy for the pelvic floor*. Edinburgh: Harrison, H.

Borges, S.; Valentin C. (2006) *Tratamento da Flacidez e Diástase do Reto-Abdominal no Puerpério de Parto Normal com o Uso de Eletroestimulação Muscular com Corrente de Média Frequência – Estudo de Caso*. Revista Brasileira de Fisioterapia Dermato-Funcional.

Cabral Acv. (2002) *Obstetrícia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Camano L, Schor N. (2003) *Guia de obstetrícia*. Barueri: Manole.

Carrière, B. (1999) *Bola Suíça*. 2. ed. São Paulo: Manole. 383p.

Christie J, Poulton BC, Bunting BP (2008) *An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice*. J Adv Nurs , 61(1):38-50.

- Coca KP et al. (2009) *A posição de amamentar determina o aparecimento de traumas mamilares?* Ver Esc Enferm USP. 43(2):446-52.
- Cunningham, F. G. Williams (2000) *Obstetrícia*. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2000. 1242p.
- Diflori, J. (2000) *Boa Forma Física Pós-Natal*. 1. ed. São Paulo: Manole. 179p.
- Elkus R, Popovich J. (1992) *Respiratory physiology in pregnancy*. Clinics in Chest Medicine.
- Fonseca, J. M. et al. (2004) *Assoalho Pélvico em Puérperas: Avaliação de um Programa Cinesioterapêutico para Musculatura de Assoalho Pélvico em Puérperas*. Revista Fisio & Terapia, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 44.
- Fugita S. et al. (2005) *Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (3): 283-291.
- Gagnon AJ, Bryanton J., (2009) *Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships*, Cochrane Database Syst Rev. Jan 21.
- Giugliani J. (2000) *O aleitamento materno na Prática clínica*. J Ped 76, Supl.3.
- Gjerdingen DK, Center BA (2003) *First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics*. J Am Board Fam Pract, 16(4):304-311.
- Halbe, H. W. (2000) *Tratado de Ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Roca. 1679p.
- Henscher U., (2007) *Fisioterapia em Ginecologia*. Eds Becker A.G. & Dolken M. Livraria Editora Santos- São Paulo
- Herbert, S.; Xavier, R. (1998) *Ortopedia e Traumatologia princípios e Prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 830p.
- Hoffman A et al. (2004) *Edema em puérperas no pós-parto imediato*. Rev Fisio Ter 8(46):10-1.
- Joint policy statement: Postural health in women (2005) : The role of Physiotherapy, Canadian

Physiotherapy Association for the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Nº 159.

Jordan, J., Holden, M., Mason, E., Foster, N. (2010). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *The Cochrane Library*, (1), 64.

Kanotra S, D'Angelo D, Phares TM, Morrow B, Barfield WD, Lansky A (2007) *Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. Matern Child Health J*, **11**(6):549-558.

Kendall FP, McCreary EK, Provance PG, (1993) *Muscles: testing and function*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kitchen, S.; Bazin, S. (1998) *Eletroterapia de Clayton*. 10. ed. São Paulo: Manole. 350p.

Kvist, L.; (2009) Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9:35

Lemos, A. et al, (2005) *Avaliação da força muscular respiratória no terceiro trimestre de gestação*. Rev. bras. fisioter. 9(2):151-156.

Lemos, A. et. al. (2005) *Avaliação da Força Muscular Respiratória no Terceiro Trimestre de Gestação*. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Paulo, v. 9, n.2.

Magee DJ. (2002) Chapter 15: *Assessment and posture*. In: *Orthopedic physical assessment*. 4th ed. New York: Saunders, Elsevier; p. 873–904.

Marinho, A. C. N. (2004) *Atuação fisioterapêutica no aleitamento materno e na intercorrência mamária*. Fisioterapia Brasil. São Carlos, v. 5, n. 4, p. 317-320.

McQueen A, Mander R (2003) *Tiredness and fatigue in the postnatal period*. *J Adv Nurs*, 42(5):463-469.

Melo, P. G., Molinero, P. V. R., Dias, R. O., Mattel, K. (2006) *Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) no Pós-Operatório de Cesariana*. Rev. Bras. Fisioterapia. São Carlos, v. 10, n. 2, p. 219-224.

Mesquita, L. A. et. al. (2004) *Fisioterapia para Redução da Diástase dos Músculos Retos Abdominais no Pós-Parto*. RBOG, v. 21, n. 5.

Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, P. L. R., Faria, A. D. (2006) *Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados*. Rev. Saúde Publica. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, jan/fev.

Moreno, L. (2004) *Fisioterapia em Uroginecologia*. São Paulo: Manole.

Morse CA, Buist A, Durkin S (2000) *First-time parenthood: influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers*. J Psychosom Obstet Gynaecol , 21(2):109-120.

Neme, B. (2000) *Obstetrícia Básica*. 2. ed. São Paulo: Sarvier. 1362.

Oliveira, J. M. (2006) *Efeitos da cinesioterapia do assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal*. USP, São Paulo.

Polden, M., Mantle, (1999) J. *Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia*. 2.ed. São Paulo: Santos, 442p.

Prentice, W. E., Voight, M. L. (2003) *Técnicas em Reabilitação Musculo esquelética*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 727p.

Redondo, B. (2001) *Isostretching, A Ginástica da Coluna*. X. ed. Piracicaba: Skin. 160p.

Rett MT et al. (2008) *Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada*. Fisioter Pesq. 15(4).

Rezende J, Montenegro CAB (2003) *O ciclo gestatório normal. Obstetrícia fundamental*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; P.206-21.

Rezende, J. (2002) *Obstetrícia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1514p.

Santos, E.M. (2007) *Grupo de gestantes: Uma Prática a ser incentivada na assistência ao pré-natal*. Revista perspectivas on-line, vol.1, n.2.

Santos et al (2005) *Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: aleitamento materno exclusivo*. Mater infant. 283-91.

Sarmiento, George Jerre Vieira. (2010) *Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas*. 3. ed. rev. e ampl. Barueri: Manole.

Sarmiento, George Jerre Vieira. (2009) *O ABC da fisioterapia respiratória*. Barueri: Manole.

Scope of practice, (2005) International Organization of Physical Therapists in Women's Health – November.

Silveira, M. (2002) *Trombose venosa profunda e gestação: aspectos etiopatogênicos e terapêuticos*. J.

Souza, E. L. B. L. (1999) *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia e Aspectos de Neonatologia*. 2.ed. Belo Horizonte: Health. 354p.

Souza, E. (2002) *Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia*. 3ªed. Rio de Janeiro: Medsi.

Spitznagle TM, Leong FC, Dillen LRV. (2006) *Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population*. Int Urogynecol J.;18:321-8.

Stephenson, R.G.; O'Connor, L.J. (2004) *Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia*. 2a ed. Barueri: Manole.

Trevisan ML et al. (2009) *Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas: percepção das mulheres e seus familiares*. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.2 p. 255-273.

UNICEF. (1993) *Breastfeeding management and promotion in a baby friendly hospital: an 18 hour course for maternity staff*. New York: UNICEF.

Wen et al. (2012) *Awareness of Breastfeeding Recommendations and Duration of Breastfeeding: Findings from the Healthy Beginnings Trial*. Breastfeed Med.

Wittkopf, P. (1998) *Atendimento fisioterapêutico no puerpério imediato. Estudo de caso*, 2011

Guyton, AC, Hall, J E. *Fisiologia humana e mecanismos das doenças*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



## **9. Apêndices / Anexos**

### **Anexo I – Questionário de satisfação Pós-parto**

Cara Utente,

Sou aluna do Mestrado de Fisioterapia na Saúde da Mulher da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Neste momento encontro-me a realizar um estudo de caso que pretende avaliar o grau de satisfação das utentes relativamente ao apoio/informação dado pelos Fisioterapeutas ao longo das sessões de pós-parto.

A sua colaboração no preenchimento do questionário que se junta é de extrema importância para a concretização do estudo.

O questionário é anónimo, pelo que não deverá escrever qualquer elemento que a identifique. Os dados finais irão ser agrupados de forma agregada, mantendo-se desta forma o total anonimato.

Leia com atenção as perguntas, tentando responder ao máximo de questões.

Sempre que necessário, assinale com um ( X ) a ou as respostas que lhe pareçam mais adequadas.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,

Fisioterapeuta Joana Miranda

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Grau de escolaridade:

6º ano ou formação inferior ☐

mais do que 6º ano e até 9º ano (inclusive) ☐

(Ensino secundário) entre 10º e 12º ano (inclusive) ☐

Curso Superior ☐

3. É o seu 1º filho? **Sim** ☐ **Não** ☐

3. 1 Se respondeu **Não**, diga por favor quantos filhos tem \_\_\_\_\_

4. Com quantas semanas nasceu o(s) vosso(s) bebé(s) (plural no caso de gémeos)? \_\_\_\_\_  
semanas

5. No seguinte quadro, assinale com uma cruz (X), qual foi a sua frequência nas sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, em que participou:

Frequência	Preparação para o nascimento	Pós-parto
Todas as sessões, não faltei nenhuma		
Quase todas, só faltei 1		
Quase todas, só faltei 2		
Faltei 3 ou mais		

6. De um modo geral fiquei muito satisfeita por ter participado nas sessões

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. A participação nas sessões foi uma total perda de tempo

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Recomendo a outras grávidas a frequência destas sessões

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. A fisioterapeuta demonstrou grande competência

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pós-parto

2. Quantos dias após o nascimento do seu bebê iniciou as sessões de pós-parto? \_\_\_\_ dias.

3. Acha que foi a altura certa para iniciar as sessões? **Sim** ☐ **Não** ☐

11.1 Se respondeu **Não**, diga qual a altura que acharia mais adequada. \_\_\_\_ dias.

4. Em sua opinião o número total de sessões foi:

Demasiado grande ☐ Adequado ☐ Insuficiente ☐

Se não achou adequado, indique qual seria a sua preferência? \_\_\_\_\_

---

5. A duração de cada sessão ( 1h30min. ) foi:

Demasiado longa ☐ Adequada ☐ Insuficiente ☐

Se não achou adequada, indique qual a duração que preferiria. \_\_\_\_\_

---

6. O local em que se realizaram as sessões apresentava condições:

Totalmente adequadas ☐ Bastante adequadas ☐ Adequadas ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

7. Acha que houve diferenças na informação recebida durante as sessões de pós-parto e a sua experiência / prática pessoal?

**Não** ☐ (Passe para a pergunta 16)

**Sim** ☐

15.1 Se respondeu **Sim** assinale os aspectos em que essa diferença se verificou:

Na amamentação ☐ Nos cuidados com o bebê ☐ Na massagem do bebê ☐ Outro ☐

Qual? \_\_\_\_\_

1. Indique a utilidade das sessões de pós-parto relativamente a:

	muito útil	útil	indiferente	pouco útil	inútil	assunto não abordado
amamentação						
postura durante os cuidados com o seu bebé						
exercícios gerais de fortalecimento e alongamento						
exercícios de fortalecimento dos seus músculos do períneo						
melhor conhecimento do seu bebé						
convívio com as outras mães						
aprendizagem das etapas de desenvolvimento do bebé						
massagem do bebé						
cuidados consigo como mulher						
confiança em si própria						
auto-estima						
planeamento familiar						

2. Diga a sua opinião sobre o que deveria ser alterado, retirado ou acrescentado nas sessões de pós parto.

---



---



---



---



---



---

**Obrigado pela sua colaboração!**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial, a International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects e os Padrões de Prática da Fisioterapia da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005)*

### *Designação do Estudo*

#### **Registo clínico utente – Classe pós parto**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do sujeito)** -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicado a intervenção proposta pelo Fisioterapeuta.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Assinatura do doente:** \_\_\_\_\_

O Fisioterapeuta:

**Nome: Joana do Nascimento Miranda**

**Assinatura:**

#### Anexo IV – Questionário de satisfação Pós-parto preenchido

Cara Utente,

Sou aluna do Mestrado de Fisioterapia na Saúde da Mulher da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Neste momento encontro-me a realizar um estudo de caso que pretende avaliar o grau de satisfação das utentes relativamente ao apoio/informação dado pelos Fisioterapeutas ao longo das sessões de pós-parto.

A sua colaboração no preenchimento do questionário que se junta é de extrema importância para a concretização do estudo.

O questionário é anónimo, pelo que não deverá escrever qualquer elemento que a identifique. Os dados finais irão ser agrupados de forma agregada, mantendo-se desta forma o total anonimato.

Leia com atenção as perguntas, tentando responder ao máximo de questões.

Sempre que necessário, assinale com um ( X ) a ou as respostas que lhe pareçam mais adequadas.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,

Fisioterapeuta Joana Miranda

## Questionário

1. Idade 36

1. Grau de escolaridade:

6º ano ou formação inferior ☐

mais do que 6º ano e até 9º ano (inclusive)

☐

(Ensino secundário) entre 10º e 12º ano (inclusive) ☐

Curso Superior ☒

2. É o seu 1º filho? **Sim** ☒ **Não** ☐

3. 1 Se respondeu **Não**, diga por favor quantos filhos tem \_\_\_\_

3. Com quantas semanas nasceu o(s) vosso(s) bebé(s) (plural no caso de gémeos)? 39 semanas

4. No seguinte quadro, assinale com uma cruz (X), qual foi a sua frequência nas sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, em que participou:

Frequência	Preparação para o nascimento	Pós-parto
Todas as sessões, não faltei nenhuma	X	
Quase todas, só faltei 1		X
Quase todas, só faltei 2		
Faltei 3 ou mais		

5. De um modo geral fiquei muito satisfeita por ter participado nas sessões

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. A participação nas sessões foi uma total perda de tempo

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

7. Recomendo a outras grávidas a frequência destas sessões

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. A fisioterapeuta demonstrou grande competência

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pós-parto

9. Quantos dias após o nascimento do seu bebê iniciou as sessões de pós-parto? 45 dias.

10. Acha que foi a altura certa para iniciar as sessões? Sim X Não ☐

11.1 Se respondeu **Não**, diga qual a altura que acharia mais adequada. \_\_\_\_ dias.

11. Em sua opinião o número total de sessões foi:

Demasiado grande ☐ Adequado X Insuficiente ☐

Se não achou adequado, indique qual seria a sua preferência? \_\_\_\_\_

12. A duração de cada sessão ( 1h30min. ) foi:

Demasiado longa ☐ Adequada X Insuficiente ☐

Se não achou adequada, indique qual a duração que preferiria. \_\_\_\_\_

13. O local em que se realizaram as sessões apresentava condições:

Totalmente adequadas X Bastante adequadas ☐ Adequadas ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

14. Acha que houve diferenças na informação recebida durante as sessões de pós-parto e a sua experiência / Prática pessoal?

Não ☐ (Passe para a pergunta 16)

Sim X

15.1 Se respondeu **Sim** assinale os aspectos em que essa diferença se verificou:

Na amamentação X Nos cuidados com o bebê X Na massagem do bebê X Outro X

Qual? Postura e outros cuidados como mãe e como mulher



15. Indique a utilidade das sessões de pós-parto relativamente a:

	muito útil	útil	indiferente	pouco útil	inútil	assunto não abordado
amamentação		X				
postura durante os cuidados com o seu bebé	x					
exercícios gerais de fortalecimento e alongamento		X				
exercícios de fortalecimento dos seus músculos do períneo	x					
melhor conhecimento do seu bebé	x					
convívio com as outras mães		X				
aprendizagem das etapas de desenvolvimento do bebé	x					
massagem do bebé	x					
cuidados consigo como mulher	x					
confiança em si própria		X				
auto-estima			X			
planeamento familiar				x		

16. Diga a sua opinião sobre o que deveria ser alterado, retirado ou acrescentado nas sessões de pós-parto.

As sessões foram extremamente úteis em vários aspectos e adquiri conhecimentos aplicáveis no dia-a-dia e até hoje (bebé já com 6 meses), para além de os partilhar com outras mães. Aprendi muito, mais até do que esperava quando iniciei o curso, e por isso não retirava nada, apenas se tivesse oportunidade gostaria de ter praticado mais exercício físico de recuperação.

**Obrigado pela sua colaboração!**

1. Idade: 28

2. Grau de escolaridade:

6º ano ou formação inferior ☐

mais do que 6º ano e até 9º ano (inclusive)

☐

(Ensino secundário) entre 10º e 12º ano (inclusive) ☐

Curso Superior

X

3. É o seu 1º filho? Sim X Não ☐

3.1 Se respondeu Não, diga por favor quantos filhos tem \_\_\_\_

4. Com quantas semanas nasceu o(s) vosso(s) bebé(s) (plural no caso de gémeos)? 37 semanas

5. No seguinte quadro, assinale com uma cruz (X), qual foi a sua frequência nas sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, em que participou:

Frequência	Preparação para o nascimento	Pós-parto
Todas as sessões, não faltei nenhuma		
Quase todas, só faltei 1	X	
Quase todas, só faltei 2		X
Faltei 3 ou mais		

6. De um modo geral fiquei muito satisfeita por ter participado nas sessões

concordo  
totalmente

concordo  
☐

não concordo  
nem discordo

☐

discordo  
☐

discordo  
totalmente

☐

X

7. A participação nas sessões foi uma total perda de tempo

concordo  
totalmente

concordo  
☐

não concordo  
nem discordo

☐

discordo  
☐

discordo  
totalmente

X

☐

☐

8. Recomendo a outras grávidas a frequência destas sessões

concordo  
totalmente

concordo  
☐

não concordo  
nem discordo

☐

discordo  
☐

discordo  
totalmente

☐

X

9. A fisioterapeuta demonstrou grande competência

concordo totalmente    concordo    não concordo    discordo    discordo totalmente

☒    ☐    ☐    ☐    ☐

## Pós-parto

10. Quantos dias após o nascimento do seu bebê iniciou as sessões de pós-parto? 35 dias.

11. Acha que foi a altura certa para iniciar as sessões? **Sim** ☒ **Não** ☐

11.1 Se respondeu **Não**, diga qual a altura que acharia mais adequada. \_\_\_\_ dias.

12. Em sua opinião o número total de sessões foi:

Demasiado grande ☐      Adequado ☒      Insuficiente ☐

Se não achou adequado, indique qual seria a sua preferência?

13. A duração de cada sessão ( 1h30min. ) foi:

Demasiado longa ☐      Adequada ☒      Insuficiente ☐

Se não achou adequada, indique qual a duração que preferiria. \_\_\_\_\_

14. O local em que se realizaram as sessões apresentava condições:

Totalmente adequadas ☐ Bastante adequadas ☒ Adequadas ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

15. Acha que houve diferenças na informação recebida durante as sessões de pós-parto e a sua experiência / Prática pessoal?

**Não** ☒ (Passe para a pergunta16) **Sim** ☐

15.1 Se respondeu **Sim** assinale os aspectos em que essa diferença se verificou:

Na amamentação ☐ Nos cuidados com o bebé ☐ Na massagem do bebé ☐ Outro ☐

Qual? \_\_\_\_\_

16. Indique a utilidade das sessões de pós-parto relativamente a:

	muito útil	útil	indifere nte	pouco útil	inútil	assunto não abordado
amamentação	x					

postura durante os cuidados com o seu bebé		X				
exercícios gerais de fortalecimento e alongamento		X				
exercícios de fortalecimento dos seus músculos do períneo	x					
melhor conhecimento do seu bebé		X				
convívio com as outras mães	x					
aprendizagem das etapas de desenvolvimento do bebé		X				
massagem do bebé	x					
cuidados consigo como mulher		X				
confiança em si própria		X				
auto-estima		X				
planeamento familiar			x			

17. Diga a sua opinião sobre o que deveria ser alterado, retirado ou acrescentado nas sessões de pós-parto.

No geral, considero o curso bastante completo e útil, pelo que não tenho sugestões de melhoria.

**Obrigado pela sua colaboração!**

1. Idade 34

2. Grau de escolaridade:

6º ano ou formação inferior ☐  
☐

mais do que 6º ano e até 9º ano (inclusive)

(Ensino secundário) entre 10º e 12º ano (inclusive) ☐

Curso Superior X

3. É o seu 1º filho? **Sim** X **Não** ☐

3. 1 Se respondeu **Não**, diga por favor quantos filhos tem \_\_\_\_\_

4. Com quantas semanas nasceu o(s) vosso(s) bebé(s) (plural no caso de gémeos)? 39+5

5. No seguinte quadro, assinale com uma cruz (X), qual foi a sua frequência nas sessões de preparação para o nascimento e pós-parto, em que participou:

Frequência	Preparação para o nascimento	Pós-parto
Todas as sessões, não faltei nenhuma		
Quase todas, só faltei 1		
Quase todas, só faltei 2		X
Faltei 3 ou mais		

6. De um modo geral fiquei muito satisfeita por ter participado nas sessões

concordo  
totalmente

X

concordo  
totalmente

☐

não concordo  
nem discordo

☐

discordo  
totalmente

☐

discordo  
totalmente

☐

7. A participação nas sessões foi uma total perda de tempo

concordo  
totalmente

☐

concordo  
totalmente

☐

não concordo  
nem discordo

☐

discordo  
totalmente

☐

discordo  
totalmente

X

8. Recomendo a outras grávidas a frequência destas sessões

concordo  
totalmente

X

concordo  
totalmente

☐

não concordo  
nem discordo

☐

discordo  
totalmente

☐

discordo  
totalmente

☐

9. A fisioterapeuta demonstrou grande competência

concordo totalmente	concordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo totalmente
X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pós-parto

10. Quantos dias após o nascimento do seu bebê iniciou as sessões de pós-parto? 2 meses

11. Acha que foi a altura certa para iniciar as sessões? **Sim** X **Não** ☐

11.2 Se respondeu **Não**, diga qual a altura que acharia mais adequada. \_\_\_\_ dias.

12. Em sua opinião o número total de sessões foi:

Demasiado grande ☐ Adequado X Insuficiente ☐

Se não achou adequado, indique qual seria a sua preferência? \_\_\_\_\_

13. A duração de cada sessão ( 1h30min. ) foi:

Demasiado longa ☐ Adequada X Insuficiente ☐

Se não achou adequada, indique qual a duração que preferiria. \_\_\_\_\_

14. O local em que se realizaram as sessões apresentava condições:

Totalmente adequadas X Bastante adequadas ☐ Adequadas ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

15. Acha que houve diferenças na informação recebida durante as sessões de pós-parto e a sua experiência / Prática pessoal?

**Não** X (Passe para a pergunta 16)

**Sim** ☐

15.2 Se respondeu **Sim** assinale os aspectos em que essa diferença se verificou:

Na amamentação ☐ Nos cuidados com o bebê ☐ Na massagem do bebê ☐ Outro ☐

Qual? \_\_\_\_\_

16. Indique a utilidade das sessões de pós-parto relativamente a:

	muito útil	útil	indiferente	pouco útil	inútil	assunto não abordado
amamentação		X				
postura durante os cuidados com o seu bebé		X				
exercícios gerais de fortalecimento e alongamento	X					
exercícios de fortalecimento dos seus músculos do períneo	X					
melhor conhecimento do seu bebé		X				
convívio com as outras mães	X					
aprendizagem das etapas de desenvolvimento do bebé		X				
massagem do bebé		X				
cuidados consigo como mulher		X				
confiança em si própria		X				
auto-estima		X				
planeamento familiar		X				

17. Diga a sua opinião sobre o que deveria ser alterado, retirado ou acrescentado nas sessões de pós-parto.

---

**Obrigado pela sua colaboração**

<b>Score Oxford</b>	<b>Sinais</b>
0	Sem contração
1	Esboço de contração
2	Contração fraca sem resistência
3	Contração moderada com elevação
4	Contração boa com elevação, aplicando alguma resistência
5	Contração muscular forte com elevação, aplicando resistência

Anexo VI – Escala EVA





### **1. Relação entre as duas partes do relatório**

As duas partes do relatório são a representação da continuidade da intervenção. No local de estágio, tendo em conta as suas características, foi possível intervir com casais na preparação para o nascimento, assim como no pós parto. Tendo em conta a objetividade do trabalho, e de forma a não se tornar repetitivo, optou-se por desenvolver a primeira parte em torno da preparação para o nascimento, e a segunda parte sobre uma classe no pós parto.

### **2. Ganhos pessoais**

Enquanto mestranda foi possível expandir as minhas competências na área de investigação, nomeadamente na análise crítica da literatura e avaliação da efetividade de procedimentos, no contexto específico da saúde da mulher. Aquando da realização dos diversos levantamentos bibliográficos e análise às respetivas construções, validade de estudos para construção de todo o suporte à intervenção no pré e pós parto, esclarecimento de dúvidas que foram surgindo e para a construção do relatório.

A par melhorei a minha capacidade em colaborar de forma efetiva tanto com utentes como com a equipa da clínica.

A participação em sessões de pré e pós parto promovidas pela estagiária ou pelo tutor e outros colegas foram uma mais-valia para a aprendizagem, assim como o treino da capacidade de intervenção e discussão de diferentes situações de tratamento, educação, promoção ou prevenção da saúde nesta área.

Através das discussões com o tutor, e com o suporte do diário de sessão foi possível ao estagiário empenhar-se como principal crítico na autoavaliação, considerando o impacto dos fatores políticos e socioeconómicos na prestação dos cuidados de saúde, e a efetividade da prestação, esforçando-se por superar as suas principais dificuldades.

O comprometimento em melhorar a capacidade para compreender, avaliar e contribuir para o desenvolvimento foi uma meta ao longo do desempenho dos serviços prestados aos utentes/populações e dos mecanismos que asseguram a manutenção e desenvolvimento da qualidade, fazendo uma proposta de melhorias ao serviço.

A reflexão efetuada sobre a prática e sobre a profissão permitiu definir objetivos pessoais e profissionais para o desenvolvimento profissional contínuo integrando o conhecimento e competências adquiridas como a experiência anterior, atual e projetando as futuras a adquirir.

Chegando ao final do processo de estágio, após o contato com a realidade da intervenção do fisioterapeuta na população portuguesa, numa clínica de prestação de serviços no pré e pós parto, o estagiário considera agora estar capacitada para formular novas questões, selecionar, planejar e implementar estratégias de investigação, rever resultados de forma sistematizada e divulgá-los adequadamente. Atualmente já dentro de uma prática clínica e iniciando projetos a solo, surge uma realidade da fisioterapia que eleva a partir de agora a capacidade de desenvolvimento de um projeto de investigação.

### **3. Limitações pessoais**

Ao longo do estágio e principalmente durante a construção deste relatório, a principal limitação foi a dificuldade em conciliar a atividade profissional com a académica. Por este motivo, o desenvolvimento deste trabalho acabou por se prolongar no tempo, não respeitando o cronograma inicialmente definido.

Se por um lado o fato de o estagiário já ter experienciado pessoalmente a maternidade constituiu um incentivo à intervenção nesta área, por outro foi uma referência que dificultou a partilha de informação isenta de uma opinião pessoal. Por este motivo, o papel neutro e isento enquanto profissional de saúde, foi uma das principais aprendizagens ao longo deste estágio.

### **4. Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal, apresentando dificuldades e oportunidades**

Futuramente o estagiário pretende dar continuidade aos projetos que implementou no seu local de trabalho. Após ter iniciado uma classe de exercício na gravidez em Setembro de 2011 com 4 utentes, neste momento encontrando-se a realizar as sessões de pós parto das mesmas utentes.

Pretendendo igualmente continuar o desenvolvimento da divulgação da fisioterapia nesta área, tem planeadas algumas ações de sensibilização e promoção da saúde da mulher na área de residência.

Em relação à formação continua, pretende aprofundar conhecimentos através da realização de formações/estágios na área da avaliação e intervenção na reabilitação do pavimento pélvico.

A principal dificuldade em relação à formação será a disponibilidade temporal e financeira para dedicação a uma área que exige permanente atualização e, posteriormente, a angariação de utentes para dar continuidade prática à aprendizagem efetuada.

Durante este estágio foi possível constatar que existem algumas áreas em que o estagiário não se encontra suficientemente preparado para intervir, no entanto agradecendo a disponibilidade da tutora, possibilitou a voltar ao local de estágio para melhorar competências, assim que iniciar a prática clínica nessas áreas.

Tendo em conta a pouca evidência nesta área, no nosso país, foi considerado que a investigação, ou publicação de estudos de casos poderão ser uma oportunidade para fomentar a discussão pública entre fisioterapeutas, bem como com outros profissionais contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados nesta área. Desta forma, poder-se-á fundamentar e criar bases de evidência que justifiquem o investimento e intervenção nestas populações específicas.

## **5. Propostas futuras de desenvolvimento da profissão, apresentando dificuldades e oportunidades.**

Além da proposta supracitada, relacionada com a investigação nesta área, propõe-se ainda a divulgação da intervenção fisioterapia na área da saúde da mulher, junto de outros profissionais de saúde, de forma a que a intervenção bem como os resultados sejam como intervenientes nestas áreas da saúde da mulher.

Desta forma, através da compilação de estudos, resultados, protocolos poderemos através das respetivas publicações e discussões, demonstrar e justificar o encaminhamento de utentes da parte de outros profissionais ou da sociedade em geral para o fisioterapeuta.

Tendo em conta a quantidade de profissionais a desenvolverem as suas práticas nesta área, aos fisioterapeutas especializados a responsabilidade de desenvolver e publicar informação, junto de meios de comunicação capazes de chegar aos respetivos alvos. Dessa forma seria possível o trabalho de equipa entre os diversos profissionais em prol do bem-estar do utente e em prol da humanização dos cuidados de saúde.

As principais dificuldades a ultrapassar, serão as mesmas, as de fazer chegar aos utentes e restantes profissionais, informação do que é efetivamente a intervenção da fisioterapia nesta área e o que a fisioterapia na saúde da mulher tem de diferenciador e beneficiador para oferecer.

Dado que ainda são poucos os fisioterapeutas especializados a trabalhar nesta área a grande oportunidade prende-se com a tentativa de potenciar que esses profissionais iniciem um bom trabalho, baseado na melhor prática e na evidência, desenvolvam estudos bem sustentados e dessa forma promovam a intervenção da melhor fisioterapia na área da saúde da mulher.

Feedback dado pela tutora Fisioterapeuta Fátima Sancho sobre o estágio efetuado pela aluna Joana Miranda no âmbito da unidade curricular “ Estágio” do 2º Curso de mestrado em fisioterapia na vertente saúde da mulher.

Após o contrato de aprendizagem elaborado em conjunto por mim e pela aluna foi-se tentando ao longo dos meses não só dar resposta aos itens do contrato mas que também foi sendo ajustado às necessidades de aprendizagem. Foram criados muitos momentos de troca de saberes e experiências que tanto foram úteis para mim como tutora como para a aluna que foi esclarecendo as suas dúvidas e pesquisando na literatura existente a evidência que justifique a nossa atuação nesta área da preparação para o nascimento e pós parto. Em virtude de o estágio decorrer num gabinete de Fisioterapia privado onde as utentes vão em busca de uma pessoa específica por conselho de amigos ou familiares, não foi possível deixar a aluna ficar totalmente responsável pelo seu desempenho criando-se uma estratégia que permitiu que a aluna interviesse como complemento e não em minha substituição. No início não foi uma estratégia fácil de implantar pois a aluna não estava habituada ao método de trabalho nem a mim própria mas, aos poucos foi conseguindo ajustar-se e ao fim de algumas semanas passou a funcionar quase na perfeição. Faltou algum estudo mais aprofundado pela aluna de várias temáticas em que os saberes não se encontravam consolidados e faltou ainda uma maior exigência da minha parte quanto aos timings de apresentação dessas várias temáticas. A inexperiência das duas e a falta de tempo fez com que houvesse algumas falhas de organização especialmente no diário de bordo que se pretendia que funcionasse como um elemento facilitador para a elaboração do relatório final. No contexto geral a aluna correspondeu ao que lhe foi solicitado, conseguiu um bom contacto com todos, mostrou-se muito dinâmica e uma excelente dinamizadora de grupos, tendo todo um perfil adequado ao acompanhamento de grávidas e puérperas. A nível do utente individual a sua abordagem é correta seguindo todo o processo da fisioterapia que está já integrado na sua forma de estar no dia a dia. Tem consciência que tem muito caminho para percorrer necessitando ainda de muito estudo especialmente no que se refere á consolidação de algumas temáticas.

## PARTE V - CURRICULUM VITAE DO ALUNO



### Europass Curriculum Vitae

#### Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)	NASCIMENTO MIRANDA, JOANA		
Morada(s)	Rua do Sol Nascente, N° 4, Apt. 302, 2640-431 MAFRA (Portugal)		
Telefone(s)	261 854 677	Telemóvel	91 624 95 49
Endereço(s) de correio electrónico	jnmiranda@gmail.com		
Nacionalidade	Portuguesa		
Data de nascimento	08 de Setembro 1982		
Sexo	Feminino		
Área funcional	Fisioterapia		

#### Experiência profissional

Datas	Março 2008 – Julho 2012
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Seleccção Nacional - Campeonatos do Mundo, Campeonato da Europa, Multinations Youth Meet
Nome do empregador	<b>Federação Portuguesa Natação</b>
Tipo de empresa ou sector	Natação pura e Aguas Abertas
Datas	Fevereiro 2008 - Agosto 2008
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Implementação de Hidroterapia - piscina do Pestana Sintra Golf Resort
Nome do empregador	<b>Nova Physio</b>
Tipo de empresa ou sector	Prestação Serviços Fisioterapia
Datas	Agosto 2008, 2009
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta responsável pela prestação de Fisioterapia
Nome do empregador	<b>Ocean Spirit - KPWT Wave Master</b>
Tipo de empresa ou sector	Campeonato de Ondas - Kayaksurf, Etapa do Nacional de surf, Skimboard, Kitesurf e bodyboard.
Datas	Outubro 2007
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta no Pestana Open
Nome do empregador	<b>Nova Physio - Pestana Tennis Academy</b>
Tipo de empresa ou sector	Prestação Serviços Fisioterapia

Datas	Agosto 2007
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta responsável Centro Militar e Educação Física de Mafra
Nome do empregador	<b>Federação Portuguesa de Pentatlo Moderno</b>
Tipo de empresa ou sector	Estágio da Selecção Nacional de Pentatlo Moderno
Datas	Junho 2007
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Colabora como Fisioterapeuta na Comemoração do Dia Olímpico, Centro de Estágio de Rio Maior
Nome do empregador	<b>Comité Olímpico de Portugal</b>
Datas	Fevereiro 2007
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Colabora como Fisioterapeuta responsável — Land Rover - Mafra
Nome do empregador	<b>Ericeira TT</b>
Tipo de empresa ou sector	Organizador Campeonato Nacional de Navegação TT
Datas	Junho 2006
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Substituição de férias
Nome do empregador	<b>Physioclem</b>
Tipo de empresa ou sector	Clínica de Fisioterapia
Datas	Julho 2006
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta da Equipe sénior
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta responsável pela prestação de Fisioterapia no Rugby Centro Universitário de Lisboa (C.D.U.L.)
Nome do empregador	<b>Nova Physio</b>
Tipo de empresa ou sector	Prestação Serviços Fisioterapia
Datas	Setembro 2005, 2006
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta responsável pela prestação de Fisioterapia no Campeonato Mundial de Surf PRO WQS 5 STARS
Nome do empregador	<b>Billabog - Alfarroba</b>
Tipo de empresa ou sector	Organizadora de eventos
Datas	Setembro 2005 - 2007
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Contrato de prestação de Cuidados Continuados
Nome do empregador	<b>Santa Casa da Misericórdia da Venda do Pinheiro</b>
Tipo de empresa ou sector	Instituição Particular de Solidariedade Social
Datas	Outubro 2005 - 2009
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Prestação de Fisioterapia na equipe de Pentatlo Moderno
Nome do empregador	<b>Equipe Pentatlo Moderno da Casa do Povo de Mafra</b>
Tipo de empresa ou sector	Clube desportivo

Datas	Agosto 2005 -2012
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Sócia Gerente
Nome do empregador	<b>Fisioteam, fisioterapia Ida.</b>
Tipo de empresa ou sector	Prestação serviços de Fisioterapia
Datas	Março 2005
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Colaboração como Fisioterapeuta no Projecto de Cuidados Continuados
Nome do empregador	<b>Centro de Saúde de Mafra</b>
Tipo de empresa ou sector	Extensão da Malveira, Azueira, Ericeira, Encarnação e Mafra
Datas	Janeiro 2005
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Criação do Projecto "Movimento é vida na Piscina"
Nome do empregador	<b>Centro de Saúde de Mafra</b>
Tipo de empresa ou sector	Parceria entre Câmara Municipal de Mafra e Centro de Saúde
Datas	Agosto 2004
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Contratos de termo Certo
Nome do empregador	<b>Centro de Saúde de Mafra</b>
Tipo de empresa ou sector	Extensão da Malveira
Datas	Maio 2004
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta responsável - Aulas Hidroterapia (2 épocas)
Nome do empregador	<b>Associação Cultural e Social da Marteleira</b>
Tipo de empresa ou sector	Instituição Particular de Solidariedade Social
Datas	Dezembro 2004
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Fisioterapeuta na Equipe de Veteranos do Clube Internacional de Futebol
Nome do empregador	<b>Alcantrafisio</b>
Tipo de empresa ou sector	Prestadores de serviços de Fisioterapia
Datas	Março 2004
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Contrato Termo certo
Nome do empregador	<b>Centro Hospitalar de Torres Vedras</b>
Tipo de empresa ou sector	Unidade de Fisioterapia
Datas	Outubro 2003 - 2011
Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e responsabilidades	Criação e implementação da Unidade de Fisioterapia – ASFE Saúde
Nome do empregador	<b>Associação Socorros da Freguesia da Encarnação</b>
Tipo de empresa ou sector	Instituição Particular de Solidariedade Social - A.S.F.E. Saúde Clínica
Datas	Agosto 2003 - 2008

Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais actividades e	Inicia atividade profissional como fisioterapeuta
Nome do empregador	<b>Fisioeste</b>
Tipo de empresa ou sector	Centro Ortopédico e Traumatológico
<b>Educação e formação</b>	
<b>Formação Académica</b>	
Datas	2008
Designação da qualificação	<b>Pós-Graduação em Fisioterapia no Desporto</b>
Nome e tipo da organização de	<b>Faculdade Motricidade Humana</b>
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	18 valores
Datas	2007
Designação da qualificação	<b>Licenciatura em Fisioterapia</b>
Nome e tipo da organização de	<b>Escola Superior de Saúde do Alcoitão</b>
Nível segundo a classificação	16 valores
<b>Formação Profissional</b>	
Datas	2008
Designação da qualificação	<b>Curso de Bandas e Balance</b>
Nome e tipo da organização de	Fisiosport – Pós graduação Fisioterapia no Desporto - FMH
Nível segundo a classificação	
Datas	2007
Designação da qualificação	<b>Curso Básico de tripulante de Ambulância TAT</b>
Nome e tipo da organização de	Escola Nacional de Bombeiros
Nível segundo a classificação	35 horas
Datas	2007
Designação da qualificação	<b>Curso de Mesoterapia Homeopática Antihomotóxica</b>
Nome e tipo da organização de	David Ponce i Gutiérrez – Raul Vieira
Nível segundo a classificação	40 horas
Datas	2007
Designação da qualificação	<b>Curso Incontinência Urinária</b>
Nome e tipo da organização de	Programa Operacional Saúde XXI
Nível segundo a classificação	
Datas	2006
Designação da qualificação	<b>Curso Básico de Socorrismo</b>
Nome e tipo da organização de	INEM
Nível segundo a classificação	19 valores
Datas	2006
Designação da qualificação	<b>Curso de Microkinésithérapie</b>
Nome e tipo da organização de	Centre de Formation a la Microkinesithérapie
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	25 horas
Datas	2006-04
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso Lês Chaînes Musculaires</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Formação Busquei



Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Módulo I - Tronco Módulo II – Membros Inferiores Módulo III – Torax, membros superiores Módulo IV - Cranêo Módulo V - Hipopressiva
Datas	2005
Designação da qualificação atribuída	<b>Formação Pedagógica de Formadores - Inicial</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	CEVALOR
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	96 Horas
Datas	2004-2007
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de OSTEOPATIA</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escuela de Osteopatia de Madrid
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	3º Ano – 658 Horas
Datas	2004
Designação da qualificação atribuída	“Banda Adesiva – Kinesiotape”
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	10 Horas
Datas	2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso do Método de McConnell</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Abordagem do Ombro e Joelho – 28 Horas
Datas	2004
Designação da qualificação	<b>Método de LEDUC</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Ecole de drenade Lymfhatique Bruxelles
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Modulo I - Tratamento Físico do Edema, Drenagem linfática Manual, Préssoterapia e Bandas multicamadas – 42 Horas Modulo II - Especialização no tratamento físico do edema – 28 Horas
Datas	2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso Pós-parto</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	16 Horas
Datas	2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de Salvamento em Grande Ângulo</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escola Nacional de Bombeiros
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	70 Horas
Datas	2003
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de Salvamento e Desencarceramento</b>

Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escola Nacional de Bombeiros
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	35 Horas
Datas	2003
Designação da qualificação	<b>Curso Básico de Socorrismo</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escola Nacional de Bombeiros
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	35 Horas
Datas	2004
Designação da qualificação	Curso de Tripulante de Ambulância de Transporte
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	<b>Associação Portuguesa dos Transportadores de Doentes e Sinistrados</b>
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	18 Valores
Datas	2002
Designação da qualificação	<b>Open Water Dive</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	PADI
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	
Datas	2002
Designação da qualificação	<b>Curso de Espanhol</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Espanhol de Línguas
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	
Datas	2002
Designação da qualificação	<b>Curso Básico de suporte de Vida</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Congresso Nacional de Emergência Pré-Hospitalar 2002
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	
Datas	2001
Designação da qualificação	<b>Curso Básico de Socorrismo</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Bombeiros Voluntários de Mafra
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	
<b>Estágios Profissionais</b>	
Datas	2003
Orientador	Fisioterapeuta José Traguedo
Local	<b>Hospital Distrital de Torres Vedras</b>
Área de Intervenção	Ortopedia
Datas	2004
Orientador	Fisioterapeuta M. Cristina Soares
Local	<b>Clinica Fisiológica</b>
Área de Intervenção	Neurologia

Datas	2004
Orientador	Fisioterapeuta Isabel Oliveira Machado
Local	<b>Hospital Egas Moniz</b>
Área de Intervenção	Terapia Manual
<b>Estágios Pós-graduação</b>	2008
Orientador	Fisioterapeuta Rita Fernandes
Local	<b>Centro de Alto rendimento</b>
Área de Intervenção	<b>Judo</b> - Prova, treino
Orientador	Fisioterapeuta José Carlos
Local	<b>Belenenses</b>
Área de Intervenção	<b>Rugby</b>
<b>Estágios Académicos</b>	
<b>ERASMUS</b>	BARCELONA
Datas	2003
Designação da qualificação	Educação Clínica Desporto – <b>F.C. BARCELONA, Residência Joaquim Blume</b> Ortopedia – <b>Hospital ASEPEYO</b> Reabilitação Cardíaca – <b>Hospital General de Catalunya</b>
Datas	2003
Educação Clínica	3º Ano do 1º Ciclo do Curso Bi-etápico de Licenciatura em Fisioterapia Cárdio-Respiratória – Hospital Cruz Vermelha Oncologia – Instituto Português de Oncologia Neurologia – Centro de Medicina e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Hidroterapia - Centro de Medicina e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de
Datas	2002
Educação Clínica	2º Ano do 1º Ciclo do Curso Bi-etápico de Licenciatura em Fisioterapia Estágio de Observação e intervenção para realização de estudo de caso – Clínica
Datas	2001
Educação Clínica	1º Ano do 1º Ciclo do Curso Bi-etápico de Licenciatura em Fisioterapia Estágio de Observação– Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão
<b>Seminários e congressos</b>	
Datas	2008
Designação da qualificação	Conferência – “Cirurgia artroscópica do Ombro”
Nome e tipo da organização de	Nova Phormação
Datas	2006
Designação da qualificação	III Seminário da cadeia Complementar
Nome e tipo da organização de	Fornação Busquet
Datas	2004
Designação da qualificação	Physiotherapy Student`s International Forum
Nome e tipo da organização de	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Datas	2004
Designação da qualificação	VI Encontro de Fisiopatologia Respiratória
Nome e tipo da organização de	Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Datas	2004
Designação da qualificação	Fórum de Emergência IV

Nome e tipo da organização de	Serviço Nacional de Bombeiros
Datas	2003
Designação da qualificação	World Confederation for Physical Therapy - Barcelona
Nome e tipo da organização de	World Confederation Physical Therapy
Datas	2003
Designação da qualificação	IV Jornadas de Fisioterapia no Desporto
Nome e tipo da organização de	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – Grupo de Interesse no Desporto
Datas	2003
Designação da qualificação	<i>“Avanços práticos em tratamento de úlceras e linfoedemas”</i>
Nome e tipo da organização de	MEDI
Datas	2003
Designação da qualificação	“Fisioterapia em tempo de mudança”, Jornadas de Estudo
Nome e tipo da organização de	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Datas	2002
Designação da qualificação	5º Congresso Nacional de Fisioterapeutas
Nome e tipo da organização de	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Datas	2002
Designação da qualificação	1st International Congresso of Portuguese Manual Therapy Group
Nome e tipo da organização de	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Datas	2002
Designação da qualificação	Congresso Nacional de Emergência Pré-hospitalar
Nome e tipo da organização de	Real Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários Vila Nova Famalicão
Datas	2001
Designação da qualificação	Encontro Nacional de estudantes de Fisioterapia
Nome e tipo da organização de	Associação de estudantes de fisioterapia
<b>Grupos de Trabalho e Sociedades Científicas</b>	Associação Portuguesa Fisioterapeutas, sócio nº 1941 Comissão Organizadora do Fórum Internacional de Estudantes de Fisioterapia Prelectora no fórum Internacional de Estudantes de Fisioterapia Criação do Projecto “Movimento é vida – meio aquático”, no concelho de Mafra
<b>Experiencia Voluntária</b>	2002 -2004, 2007-2008 Adjunto de Comando Equiparado – Bombeiros Voluntários de Mafra mecanográfico: 11020512 1999-2006 Socorrista – Associação de Socorros da Encarnação 2004 - 2006 Bombeiro de 3ª Bombeiros Voluntários da Ericeira 2001-2003 Voluntária Santa Casa da Misericórdia
<b>Aptidões e competências pessoais</b>	
Primeira língua	Português
Outra(s) língua(s)	

Auto-avaliação Nível europeu (*)	Compreensão				Conversação				Escrita	
	Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral			
<b>Inglês</b>	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente
<b>Espanhol</b>	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente
<b>Francês</b>	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico	A1	Utilizador básico

(\*) [Nível do Quadro Europeu Comum de Referência \(CECR\)](#)

Aptidões e competências sociais	Facilidade em criar e manter relações sociais estáveis, e de interagir em ambiente de trabalho;
Aptidões e competências de organização	Capacidade de reencontrar soluções e prevenir erros, reavaliando os métodos e distribuição de tarefas com os colegas;
Aptidões e competências informáticas	Conhecimentos na óptica do utilizador; Facilidade na utilização de software Office;
Carta de condução	B

## PARTE VI – Declaração da entidade onde desenvolveu o estágio



### Declaração

A aluna Joana Miranda efectuou o seu estágio no âmbito do 2º mestrado em fisioterapia na vertente da saúde da mulher, neste Gabinete de Fisioterapia sob orientação da Fisioterapeuta Fátima Sancho.

Oeiras, 13 de Julho de 2012

A Fisioterapeuta

(FT Fátima Sancho)



Av. D. João I, nº 8 • 2780-051 Oeiras • Tel.: 309 984 508  
Telem.: 91 723 17 18 • E-mail: raulov@netcabo.pt / requilibrius@netcabo.pt